Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Instellingen in ouderenzorg nemen nog steeds onvoldoende actie om hygiëne en infectiepreventie te verbeteren

Utrecht, april 2015

Inhoud

Voorwoord

Er is wereldwijd sprake van een toenemende antibioticaresistentie. Steeds meer bacteriën zijn ongevoelig voor antibiotica. Waar voorheen infecties vrij eenvoudig te behandelen waren met antibiotica, zien we nu dat laatste redmiddelen worden ingezet. De verspreiding van deze Bijzonder Resistente Micro-Organismen (BRMO) is zorgwekkend en een grote bedreiging voor veilige patiëntenzorg. Dit maakt de naleving van richtlijnen voor infectiepreventie en het verantwoord voorschrijven van antibiotica extra belangrijk.

Een grote verantwoordelijkheid ligt bij het hele zorgveld om verdere resistentie-ontwikkeling tegen te gaan en om verspreiding van BRMO te voorkomen. Zorg wordt meer en meer geleverd in de keten en daardoor zijn meerdere zorgaanbieders betrokken. Dit vergroot de kans dat een micro-organisme zich verspreidt. Zorg-aanbieders moeten dit zoveel als mogelijk weten te voorkomen en de hygiëne en infectiepreventie op orde hebben.

In 2012 onderzocht de Inspectie voor de Gezondheidszorg de hygiëne en infectie-preventie in de intramurale ouderenzorg. Uit dit onderzoek bleek dat de meeste onderzochte instellingen de nodige tekortkomingen hadden, maar in een korte periode veel verbeteringen konden doorvoeren. De inspectie riep eind 2013 de intramurale ouderenzorg op lering uit het onderzoek van de inspectie te trekken, zich bewuster te worden van de risico’s bij onhygiënisch gedrag en een actiever infectiepreventiebeleid te gaan voeren.

In 2013 en 2014 bezocht de inspectie opnieuw instellingen in de intramurale ouderenzorg om te beoordelen hoe het gesteld was met de hygiëne en infectie-maatregelen en of er een verbeterslag in de ouderenzorg was gemaakt. De uitkomsten van het onderzoek waren in grote lijnen gelijk aan het eerste onderzoek. Bij het eerste bezoek van de inspectie hadden de meeste instellingen tekort-komingen, maar wisten ze verbeteringen in een korte periode na het inspectie-bezoek te realiseren. Tijdens dit onderzoek bleek ook weer dat veel zorgconcerns verbeteringen niet organisatiebreed doorvoerden, maar beperkt hielden tot de door de inspectie bezochte instelling. Deze conclusies stemmen somber, zeker omdat de inspectie in tegenstelling tot het eerste onderzoek keek bij alle instellingen en niet alleen de instellingen die geen actieve infectiecommissie hadden.

Ons onderzoek wijst uit dat instellingen snel zaken op orde kunnen brengen en, zo blijkt uit een aantal bezoeken, na het introduceren en structureren van algemene en bijzondere voorzorgsmaatregelen meer tijd voor de cliënten vrij kunnen maken. Dit is een belangrijke winst die wordt onderschreven door meerdere bestuurders van de instellingen die we hebben bezocht.

De inspectie wil dat de intramurale ouderenzorg snel de hygiëne op orde brengt. Daarnaast roept de inspectie de instellingen, de brancheorganisatie en de beroeps-verenigingen op om te werken aan toekomstbestendige, verantwoorde zorg, die eraan bijdraagt dat patiënten nu en in de toekomst nog met werkzame antibiotica behandeld kunnen worden en waarbij patiënten geen onnodige infecties oplopen.

Ondertussen verandert de inspectie haar toezicht op infectiepreventie en hygiene. Deze thema’s zullen een onderwerp zijn tijdens de bestuursgesprekken die de inspectie in toenemende mate voert. De inspectie verwacht dat de bestuurder samen met zijn organisatie deze thema’s serieus oppakt. Op het moment dat blijkt

dat dit onvoldoende gebeurt spreekt de inspectie de bestuurder aan op zijn verantwoordelijkheid. Het veld is nu aan zet.

Dr. J.A.A.M. (Ronnie) van Diemen-Steenvoorde,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

In 2012 en 2013 onderzocht de Inspectie voor de Gezondheidszorg de hygiëne en de infectiepreventie in de intramurale ouderenzorg. Uit het onderzoek bleek dat de meeste instellingen de hygiëne en infectiepreventiemaatregelen niet op orde hadden. Bij het vervolgonderzoek bleken de instellingen binnen een kort tijdsbestek veel verbeteringen aan te kunnen brengen.

Gelet op het belang van goede hygiëne en infectiepreventie bij kwetsbare ouderen besloot de inspectie nogmaals onderzoek te doen om te kijken of het veld een verbeterslag had gemaakt. Immers het onvoldoende naleven van infectiepreventie-maatregelen in een omgeving met kwetsbare ouderen verhoogt de kans op verspreiding van (resistente) micro-organismen, zowel in een instelling als daar-buiten. Daardoor worden patiënten, onnodig, zieker dan ze al waren.

Tussen september 2013 en juni 2014 bezocht de inspectie 42 instellingen in de ouderenzorg. In de eerste ronde werden dertig instellingen bezocht, waarvan twaalf werden herbezocht. Aan twaalf instellingen werd een zogeheten verbredingbezoek gebracht. Dit bezoek was aan een instelling die onder hetzelfde zorgconcern viel als de instelling die was herbezocht vanwege tekortkomingen. Op deze wijze wilde de inspectie controleren of verbeteringen concernbreed waren doorgevoerd. Aan de hand van toetsingsinstrumenten observeerde de inspectie de hygiëne op afdeling(en) en stelde vragen over de voorwaarden voor verantwoorde zorg. Daarnaast bekeek de inspectie relevante documenten.

Uit dit tweede inspectieonderzoek naar hygiëne en infectiepreventie in de intra-murale ouderenzorg komen dezelfde conclusies naar voren als uit het eerste onderzoek. De persoonlijke hygiëne van het personeel en de bewoners was onvoldoende, medicatie, zalven en eten werden niet hygiënisch bewaard en beleid was niet goed geïmplementeerd en geborgd. Net als bij het eerste onderzoek wisten instellingen in korte tijd veel verbeteringen te realiseren. Daarnaast bleek echter dat verbeteringen bij één instelling amper concernbreed werden doorgevoerd.

Op basis van deze resultaten komt de inspectie tot het oordeel dat er bij de instellingen onvoldoende urgentiebesef is en dat zij niet hun verantwoordelijkheid nemen. Hierdoor blijven risico’s bestaan voor de cliënten aan wie ze zorg verlenen, maar bestaat ook de kans dat (resistente) micro-organismen zich buiten de vier muren van een instelling verspreiden. In het licht van de toenemende antibiotica-resistentie wereldwijd is dit zorgelijk.

De inspectie vraagt het veld om maatregelen te nemen om de hygiëne en infectie-preventie snel op orde te brengen. Daarnaast doet de inspectie de aanbevelingen aan de intramurale ouderenzorg, de brancheorganisatie en de beroepsverenigingen om snel te komen tot een werkwijze die bewerkstelligt dat patiënten nu en in de toekomst goede en veilige zorg krijgen. Dat wil zeggen dat patiënten niet onnodig besmet raken met (resistente) micro-organismen en behandeld kunnen worden met werkzame antibiotica als ze een infectie hebben. Dit vereist dat instellingen goede systemen hebben waardoor ze weten wat er speelt en tijdig opmerken als er (resistente) micro-organismen circuleren, en daar effectieve maatregelen tegen nemen. Het vereist dat men nadenkt over het niveau van infectiepreventie dat redelijkerwijs haalbaar is, over de manier waarop men dat meet en de wijze waarop men hierop stuurt en dit voor de inspectie toetsbaar is.

De inspectie zal hierover met het veld in gesprek gaan en afspraken maken. De komende jaren ziet de inspectie toe of instellingen handelen naar de gemaakte afspraken en of de doelstellingen gehaald worden. De inspectie zal haar toezicht op de dagelijkse hygiëne en infectiepreventie meer insteken op bestuursniveau. Waar instellingen niet slagen om de gewenste verbeteringen door te voeren spreekt de inspectie de bestuurders aan op hun verantwoordelijkheid.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

In de periode van mei 2012 tot maart 2013 onderzocht de Inspectie voor de Gezondheidszorg de hygiëne en de infectiepreventie in de intramurale ouderenzorg.[1] De resultaten van dit onderzoek kwamen sterk overeen met eerdere bevindingen van de Consumentenbond, namelijk dat de hygiëne en de infectiepreventie bij verpleeghuizen niet op orde was. Uit het inspectieonderzoek bleek echter ook dat instellingen snel veel verbeteringen op dit vlak kunnen realiseren. Dit stemde optimistisch. De verwachting was dat de infectiepreventie in verpleeghuizen op een hoger niveau zou komen in het hele land.

De cliënten van verpleeghuizen zijn veelal oud en kwetsbaar. Hun weerstand is verminderd. Dit betekent dat zij gemakkelijker infecties oplopen, dat infecties vaak ernstiger verlopen en dat zij moeilijker herstellen van infecties dan gezonde personen. Een goede hygiëne en de juiste infectiepreventiemaatregelen zijn van groot belang in een instelling waar deze kwetsbare ouderen verblijven.
Een goede preventie van infecties lijkt echter moeilijk te zijn in de verpleeghuizen. Jaarlijks zijn er meerdere uitbraken van diarree veroorzaakt door bijvoorbeeld het Norovirus. Al meer dan tien jaar zijn er in de verpleeghuizen moeilijk te beteugelen uitbraken van Methicilline Resistente *Stapylococcus Aureus* (MRSA). Naast de problemen met MRSA is er nu ook de verspreiding BRMO in de verpleeghuizen.

De circulatie van BRMO, door de wereldwijde toename van antibioticaresistentie, is zorgwekkend. Bacteriën die voorheen met eerste keus antibiotica waren te behandelen zijn nu ongevoelig voor deze middelen. Artsen moeten tweede of derde keus-middelen gebruiken, waar ook weer resistentie tegen ontstaat. Uiteindelijk ontstaat resistentie tegen de laatste redmiddelen en zijn infecties onbehandelbaar. Voor de patiënt met een infectie in een zorginstelling betekent dit dat men rekening moet houden bij de behandeling dat de infectie veroorzaakt wordt door een BRMO. Eerste keuze antibiotica zullen dan niet helpen en de arts moet een ander middel voorschrijven. Bovendien moet men zorgen dat de bacterie zich niet kan verspreiden naar andere patiënten. Dit betekent stringente naleving van de richtlijnen voor infectiepreventie.

De BRMO zijn voor het grootste deel gewone darmbacteriën. Dragerschap van deze bacteriën leidt niet altijd tot infecties. Dragerschap is daardoor niet zichtbaar, de persoon die BRMO alleen maar bij zich draagt vertoont geen symptomen. Ondertussen kan de bacterie zich wel verspreiden naar andere personen, die misschien wel ziek zullen worden. Daarom is strikte naleving van de richtlijnen voor infectiepreventie, juist ook de meeste basale richtlijnen voor de persoonlijke hygiëne van medewerkers en voor de schoonmaak, nog belangrijker geworden dan die al was. Daarnaast is er een reële kans dat (resistente) micro-organismen zich vanuit een verpleeghuis buiten de instelling verspreiden. Cliënten bewegen zich door de hele zorgketen heen. Dragers van MRSA of BRMO nemen de bacterie met zich mee van de ene zorginstelling naar de andere. Onontdekt kan de bacterie zich dan ook in de volgende instelling weer naar andere cliënten verspreiden. Uit de literatuur is bekend dat verpleeghuizen in België al grote reservoirs kunnen zijn van BRMO en MRSA. [(2)]

1 IGZ-rapport Verbetering van hygiëne en infectiepreventie in de ouderenzorg snel realiseerbaar (Utrecht, december 2013).
2 www.nsih.be: Epidemiologie van carpapenemaseproducerende *enterobacteriaceae* (CPE) in België

De inspectie vindt slechte hygiëne in een omgeving met kwetsbare ouderen risicovol, met grote kans op onveilige zorg. Onvoldoende naleven van infectiepreventiemaatregelen in een omgeving met kwetsbare ouderen verhoogt de kans op uitbraken van infectieziekten en verspreiding van (resistente) micro-organismen. Kwetsbare ouderen worden zieker dan ze al waren wanneer ze een zorginfectie oplopen. Dit tast hun welzijn en kwaliteit van leven aan.

Infectiepreventie is van groot belang om het ontstaan van infecties en de verspreiding van (resistente) micro-organismen tegen te gaan. Naleving van hygiënevoorschriften en infectiepreventie voorkomt risico's voor een kwetsbare doelgroep, maar ook risico's voor de rest van de samenleving. Om die reden koos de inspectie het toezicht op de naleving van de richtlijnen voor infectiepreventie en verantwoord antibioticagebruik de komende jaren tot één van haar speerpunten.
In het vorige rapport kondigde de inspectie een tweede toezichtronde aan vanaf de tweede helft van 2013. Dit vervolg werd ingegeven enerzijds door de ernst van de situatie: de reële dreiging die uitgaat van de toenemende antibioticaresistentie maakt het noodzakelijk dat iedereen zich houdt aan de richtlijnen. Anderzijds hoopte de inspectie te kunnen constateren dat er verbeteringen in het veld waren opgetreden na het inspectierapport van 2013.

1.2 Onderzoeksvragen

De hoofdvraag van dit onderzoek: in hoeverre voldoen instellingen in de intramurale ouderenzorg aan wet- en regelgeving en veldnormen op het gebied van infectiepreventie en hygiëne?
De hoofdvraag is uitgewerkt in drie deelvragen:
- In hoeverre worden in instellingen in de intramurale ouderenzorg de WIP-richtlijnen op het gebied van infectiepreventie en hygiëne nageleefd? [(3)]
- Is het beleid omtrent infectiepreventie en hygiëne geborgd binnen instellingen in de intramurale ouderenzorg?
- Hanteren instellingen in de intramurale ouderenzorg een adequaat systeem van signalering op het gebied van MRSA bij opname? [(4)]

1.3 Onderzoeksmethode en -periode

Selectie instellingen
Voor het trekken van de steekproef selecteerde de inspectie de instellingen met cliënten met een zorgzwaartepakket (ZZP) 4 of hoger. Uit die selectie werd een aselecte steekproef getrokken van dertig instellingen.

In het eerste onderzoek uit 2012 had de inspectie alleen die instellingen bezocht die geen (functionerende) infectiepreventiecommissie en geen contract met een deskundige infectiepreventie hadden.

3 Algemene voorzorgsmaatregelen: infectiepreventiemaatregelen die altijd in een bepaalde zorginstelling genomen moeten worden zoals beschreven in de richtlijnen van de WIP.
Bijzondere voorzorgsmaatregelen: infectiepreventiemaatregelen die aanvullend genomen worden op de algemene voorzorgsmaatregelen op basis van de eigenschappen van het voorkomend micro-organisme zoals beschreven in de richtlijnen van de WIP.

4 MRSA: Methicilline Resistente Stapylococcus Aureus, standaard bij opname van nieuw cliënten nagaan of zij volgens de criteria van de WIP mogelijk drager kunnen zijn van MRSA en op grond daarvan eventueel onderzoeken of dragerschap aanwezig is.

Bezoek
Twee (senior) inspecteurs, waarvan één inspecteur gespecialiseerd in infectie-preventie, legden de bezoeken af. De bezoeken werden de dag van te voren aangekondigd. Het bezoek bestond uit drie delen:
1 observaties op afdeling(en)
2 vragen over voorwaarden voor verantwoorde zorg
3 inzage in relevante documenten.

1 Observaties
Om goed zicht te krijgen op de kwaliteit van de algemene en bijzondere voorzorgs-maatregelen voor infectiepreventie en de naleving daarvan voerden de inspecteurs observatieonderzoek uit. De inspecteurs keken op twee afdelingen, indien mogelijk op één afdeling somatiek en één afdeling psychogeriatrie, naar de toepassing van de algemene en bijzondere voorzorgsmaatregelen voor infectiepreventie. Per afdeling duurde de observatie circa één uur. De inspecteurs keken aan de hand van de observatielijst naar de infectiepreventiemaatregelen.
Tijdens dit onderdeel van het inspectiebezoek beoordeelden de inspecteurs in totaal 48 normen onderverdeeld in negen onderwerpen:
- Persoonlijke hygiëne van de medewerkers (8 normen).
- Persoonlijke hygiëne van de cliënten (5 normen).
- Omgang met excreta en gebruikte naalden (3 normen).
- Omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische)hulpmiddelen (6 normen).
- Hygiënemaatregelen in keukens (8 normen).
- Hygiënemaatregelen in verblijfsruimten (4 normen).
- Hygiënemaatregelen in sanitaire voorzieningen (5 normen).
- Hygiënemaatregelen in de schoonmaakwerkruimte/werkkast (5 normen).
- Wasgoed- en afvalverwerking (4 normen).

2 Voorwaarden voor verantwoorde zorg
Vijf voorwaarden voor verantwoorde zorg voor infectiepreventie werden getoetst:
- De aanwezigheid van een infectiecommissie.
- Het verrichten van een risico inventarisatie op MRSA bij alle cliënten.
- De aanwezigheid van een antibioticabeleid met formularium.
- Het contracteren van een deskundige op het gebied van infectiepreventie.
- Het aanstellen van hygiëne kwaliteitmedewerkers of aandachtsvelders hygiëne in de instelling.

3 Inzage in relevante documenten
Tijdens het bezoek werden de volgende documenten ter inzage gevraagd:
- Protocol handhygiëne.
- MRSA protocol.
- Desinfectieprotocol.
- Beleidsplan infectiepreventie.
- Reglement infectiecommissie en drie recente verslagen van deze commissie.

Periode
De eerste dertig bezoeken werden afgelegd tussen 5 september en 19 december 2013. De inspectie inspecteerde instellingen die op meer dan 15 van de 48 normen onvoldoende scoorden voor een tweede keer. Indien de onvoldoende scorende instelling behoorde tot een concern met meerdere instellingen, bezocht de inspectie niet alleen de eerder bezochte instelling maar ook een andere instelling van het-zelfde concern (verbredingbezoek). Doel van dit verbredingbezoek was om na te gaan of zorgconcerns de door de inspectie geconstateerde tekortkomingen ook concernbreed hadden verbeterd. De twaalf herbezoeken en twaalf verbreding-

bezoeken vonden plaats tussen 6 maart en 12 juni 2014. Bij deze inspecties werden alleen de observaties uitgevoerd.

Na afloop van de inspectiebezoeken vond een terugkoppeling van de bevindingen plaats. De raden van bestuur van de zorgconcerns ontvingen binnen een maand na het bezoek een rapport met de resultaten van het bezoek aan de betrokken instelling van hun organisatie. De inspectie bood de raden van bestuur de mogelijkheid de rapporten te controleren op feitelijke onjuistheden. Na verwerking van de reacties stelde de inspectie het definitieve rapport vast.

Rapporten van de bezochte instellingen staan op www.igz.nl.

1.4 Toetsingskader en handhavingplan

Toetsingskader
Het toetsingskader en het bezoekinstrument dat de inspectie voor haar onderzoek gebruikte zijn gebaseerd op wetgeving,richtlijnen en veldnormen.

In het toetsingskader en het bezoekinstrument gaat de inspectie uit van de volgende wetten:
- Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg (BIG).

In het toetsingskader en het bezoekinstrument gaat de inspectie uit van de vastgestelde richtlijnen (veldnormen) die de branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties hebben ontwikkeld en vastgesteld:
- WIP (Werkgroep Infectie Preventie) richtlijn Verpleeghuis-woon- en thuiszorg.
  - Bloedcontact.
  - BRMO.
  - Handhygiëne.
  - Infecties anders dan MRSA en scabies.
  - Intraveneuze toedieningen.
  - Lichaamsverzorging van de cliënt.
  - MRSA verpleeghuis.
  - Opslag steriele materialen.
  - Persoonlijke beschermingsmiddelen.
  - Persoonlijke hygiëne medewerker.
  - Reiniging, desinfectie en sterilisatie.
- Toediening medicijnen.
- Veilig werken.
- Verzorging wonden.
- Voeding.
- Veilige principes in de medicatieketen.
- Richtlijnen Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid.
- HACCP hygiëne code voor zorginstellingen en kleinschalige woonvormen.

Handhavingplan
Bij de beoordeling van de toezichtnormen waren twee kwalificaties mogelijk:een instelling voldoet aan de norm of voldoet niet. De inspectie stelde vóór het onderzoek vast welke maatregelen zij zou nemen bij welke scores. Voor locaties die voldeden aan bijna alle normen volgde geen handhaving. Locaties die aan meerdere normen (2-14) niet voldeden moesten binnen de vooraf gestelde termijn van drie maanden na het ontvangen van het inspectierapport aan de normen voldoen. De zorgaanbieder maakte van het verbetertraject een resultaatsverslag en stuurde dat ter beoordeling naar de inspectie op. Daarnaast kon de inspectie aan de zorg-

aanbieder ook vragen om een eigen audit uit te voeren op basis van de observatielijst van de inspectie of een gelijkwaardige vragenlijst. Bij onvoldoende verbeteringen volgde een herbezoek. Instellingen die aan meer dan 15 normen niet voldeden bezocht de inspectie opnieuw. Indien bij het herbezoek onvoldoende verbeteringen zichtbaar waren volgden passende handhavingsmaatregelen (zie ook bijlage 3, handhavingscenario's).

2 Conclusies

2.1 Instellingen in intramurale ouderenzorg zijn zich onvoldoende bewust van belang van infectiepreventie

De hoofdvraag in dit onderzoek was: in hoeverre voldoen instellingen in de intramurale ouderenzorg aan wet- en regelgeving en veldnormen op het gebied van infectiepreventie en hygiëne?

Uit het tweede inspectieonderzoek naar hygiëne en infectiepreventie in de intramurale ouderenzorg komen dezelfde conclusies naar voren als uit het eerste onderzoek. Ook in deze tweede toezichtsronde blijkt dat instellingen bij het eerste bezoek nog veel moeten verbeteren. De zorg voor de patiënten in deze instellingen is onvoldoende, zij lopen verhoogde risico's om besmet te raken met (resistente) micro-organismen. Er is geen verbetering ten opzichte van het eerste onderzoek. Gelet op de maatschappelijk aandacht voor infecties en het voorkomen daarvan en de antibiotica resistentie, had de inspectie meer urgentiebesef bij het veld verwacht en er op gerekend dat zij meer haar verantwoordelijkheid zou nemen. Ook verwachtte de inspectie dat het eerdere onderzoek van de inspectie het veld meer in beweging zou brengen. Dit bleek niet het geval.

2.2 Onvoldoende naleving van richtlijnen voor infectiepreventie, maar snelle verbeteringen mogelijk

Van de dertig bezochte instellingen voldeed slechts één aan de getoetste normen. De instellingen voldeden gemiddeld bijna eenderde van de getoetste normen (14 van de 48) niet. Bij het herbezoek van de inspectie aan slecht scorende instellingen bleek wederom dat instellingen in een korte tijd veel verbeteringen konden doorvoeren. In een periode van drie maanden die instellingen van de inspectie kregen om te verbeteren bleek een kentering mogelijk te zijn. Het lukt de instellingen om soms op tien normen de score om te buigen van "voldoet niet aan de norm" naar "voldoet aan de norm".

2.3 Verbeteringen blijven bij meeste instellingen beperkt tot bezochte instellingen

De verbeteringen die waren doorgevoerd bleven in de meeste gevallen beperkt tot de door de inspectie bezochte instelling. Verbeteringen werden, zo bleek uit de verbredingsbezoeken, in veel gevallen niet door zorgconcerns genomen voor andere instellingen. Het stemt de inspectie somber dat zelfs zorgconcerns die door de inspectie attent zijn gemaakt op tekortkomingen in een van hun instellingen, niet in staat blijken te zijn verbeteringen door te voeren voor alle instellingen van het concern.

2.4 Borging van beleid infectiepreventie onvoldoende

Een infectiecommissie was aanwezig in 28 van de 30 instellingen, deskundigheid op het gebied van infectiepreventie ingehuurd in 26 van de 30 instellingen en in 17 van de 30 instellingen waren kwaliteitsmedewerkers actief. Hiermee hadden de instellingen het op papier redelijk tot goed voor elkaar. In vergelijking met de onvoldoende naleving van de richtlijnen bleek dit echter geenszins een garantie voor goede zorg te zijn. Daarmee bood deze structuur slechts schijnveiligheid. De instellingen hebben geen vertrouwen kunnen wekken dat de structuren voor veilige zorg die zij hebben ingericht ook daadwerkelijk effectief zijn.

2.5 Geen risicoinventarisatie MRSA bij meeste instellingen

Bij 90 procent van de instellingen was niet duidelijk of een nieuw opgenomen cliënt drager was of zou kunnen zijn van een resistente bacterie zoals MRSA. Er werd geen risicoinventarisatie uitgevoerd. De zorgaanbieder die dit niet doet loopt iedere keer een groot risico. Om te beginnen is er het risico dat al aanwezige cliënten besmet raken en een infectie krijgen. Bovendien is er een risico voor de instelling zelf. Wanneer introductie van een MRSA leidt tot een uitbraak zal de instelling die moeten bestrijden. Dit zal veel extra inspaningen van het personeel vragen en kosten voor de instelling met zich meebrengen. Dit zal vervolgens weer ten koste gaan van de zorg voor de cliënten.

3 Handhaving

3.1 Maatregelen voor onderzochte instellingen

De Inspectie voor de Gezondheidszorg legde instellingen die de hygiëne en infectiepreventie bij het eerste bezoek niet op orde hadden, afhankelijk van de geconstateerde risico's, de volgende maatregelen op:

- Zeventien instellingen moesten verbetermaatregelen treffen en een resultaatsverslag hierover binnen drie maanden na ontvangst van het inspectierapport naar de inspectie sturen;
- Twaalf instellingen moesten zowel een resultaatsverslag maken als een eigen hygiëne-audit uitvoeren bij alle locaties van het concern waar clienten verbleven met ZZP 4 of hoger op basis van de observatielijst van de inspectie of een gelijkwaardige vragenlijst. Het verslag van deze audit en het resultaatsverslag moesten deze instellingen binnen drie maanden na ontvangst van het inspectierapport naar de inspectie sturen. Daarna volgde een herinspectie en een verbredingbezoek.
- Een instelling kreeg geen maatregelen opgelegd omdat deze instelling op een na aan alle normen voldeed.

De verbeteringen van de instellingen waren na toetsing van de resultaatverslagen en de herbezoeken zodanig dat de inspectie geen verdere maatregelen oplegde.

3.2 Maatregelen voor alle intramurale instellingen in ouderenzorg

De inspectie wil dat alle intramurale instellingen in de ouderenzorg de hygiëne en infectiepreventie op orde brengen. Het onderzoek van de inspectie laat zien dat verbeteringen snel realiseerbaar zijn, er zijn voldoende handvatten beschikbaar om nu al verbeteringen door te voeren.

3.3 Aanbevelingen aan de instellingen in intramurale ouderenzorg, brancheorganisatie en beroepsverenigingen

De toename van antibioticaresistentie en circulatie van BRMO stelt hogere eisen aan de zorg dan al het geval was. De basis is een strikte naleving van de richtlijnen voor hygiëne en infectiepreventie. Daarnaast zullen de instellingen serieuze aandacht moeten besteden aan hun antibioticumbeleid en het uitvoeren van diagnostiek. De toename van de circulatie van BRMO betekent dat er vaker uitbraken zullen zijn. Er moeten meer inspaningen verricht worden om uitbraken te voorkomen en, wanneer een utbraak toch plaatsvindt, te bestrijden. Cliënten zullen bijvoorbeeld geísoleerd verpleegd moeten worden. Dit vraagt extra werk van het personeel vanwege het nemen van voorzorgsmaatregelen. Het vergt ook creativiteit om ervoor te zorgen dat naleving van de richtlijnen voor infectiepreventie niet leidt tot mindere kwaliteit van zorg voor de cliënten.
Het vraagt ook het besef van de instellingen dat zij niet als instelling geisoleerd zijn, maar deel uitmaken van een groter zorgsysteem. Patiënten bewegen heen en weer tusen zorginstellingen, met medeneming van hun BRMO. De verantwoordlijkheid van een instelling reikt tot buiten de poorten van de eigen instelling, om ervoor te zorgen dat andere cliënten niet besmet raken met het BRMO dat een cliënt bij zch draagt.

In het licht van de toenemende antibioticaresistenti en de circulatie van BRMO adviseert de inspectie de instellingen, brancheorganisaties en beroepsverenigingen dringend om een natwoord te formuleren op de volgende vragen:

- Wat is het niveau van infectiepreventie dat redelijkerwijze van de instellingen te verwachten is? Hoe meten de instellingen dat en hoe sturen ze daarop? Hoe kan de inspectie daarop toezien?
- Hoe weten instellingen wat er speelt in hun instelling? Hoe komt een uitbraak voldoende snel aan het licht? Hoe weet de inspectie dat men binnen de instelling voldoende alert is en voldoende maatregelen neemt om een eventuele uitbraak snel te beteugelen?
- Hoe zorgt men er in de instellingen voor dat er in ieder geval geen circulatie van BRMO tussen de eigen instelling en andere instellingen op kan treden?
- Hoe zorgt men in de instellingen dat antibiotica verantwoord gebruikt worden? Dat wil zeggen op zodanige wijze dat cliënten goed behandeld worden en er tegelijkertijd zo min mogelijk bijdrage is aan verdere resistentie-ontwikkeling?

De inspectie zal medio 2015 een invitational conference organiseren om met alle partijen de resulaten van dit rapport te bespreken en met de antwoorden op bovenstaande vragen de volgende toezichtsronde in te richten.

3.4 Vervolgacties inspectie

De inspectie zal in haar toezicht in 2015 en daarna blijven onderzoeken of instellingen voldoende zorg leveren op het gebied van infectiepreventie. Uit de gesprekken met het veld zal moeten blijken hoe de inspectie dit vervolgtoezicht kan inrichten en uitvoeren opdat voldoende effect bereikt wordt. De inspectie zal haar toezicht op de dagelijkse hygiëne en infectiepreventie meer insteken op bestuurs-niveau. Waar instellingen niet slagen om de gewenste verbeteringen door te voeren spreekt de inspectie de bestuurders aan op hun verantwoordelijkheid.

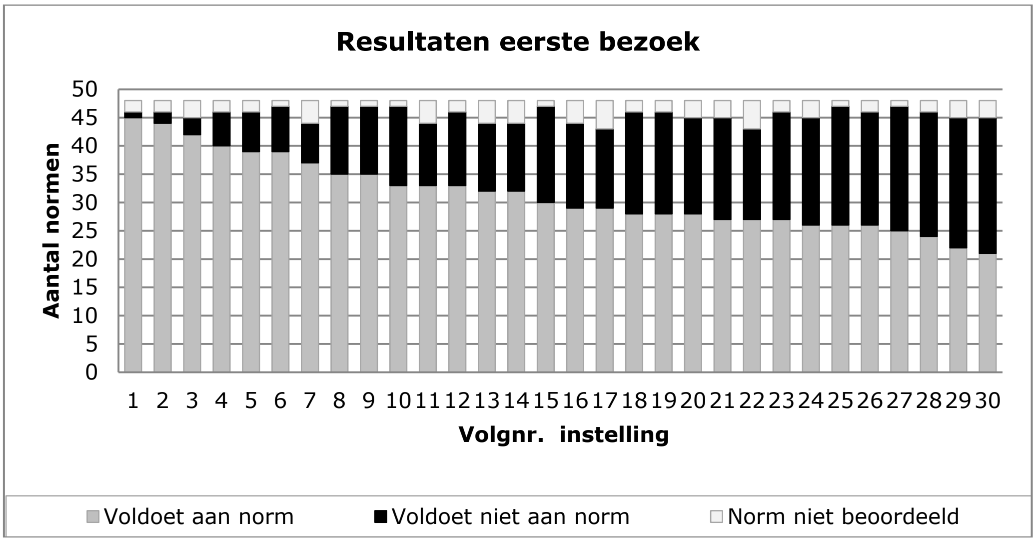
4 Resultaten inspectiebezoek

In dit hoofdstuk beschrijft de Inspectie voor de Gezondheidszorg de resultaten van de inspectiebezoeken; dertig eerste inspectiebezoeken, twaalf herbezoeken en twaalf verbredingbezoeken.

In de eerste ronde bezoeken observeerden de inspecteurs op de afdelingen aan de hand van een toetsingsinstrument in totaal negen onderwerpen onderverdeeld in 48 normen. Voorts beoordeelde de inspectie de voorwaarden voor verantwoorde infectiepreventie uit en werden documenten ingezien. Bij de herbezoeken werden alleen die normen die in het eerste bezoek als onvoldoende beoordeeld werden opnieuw getoetst. De verbredingbezoeken legde de inspectie kort na de herinspecties af.

In dit hoofdstuk vindt u de resultaten van de eerste dertig inspectiebezoeken en wordt een vergelijking gemaakt met de resultaten van de herbezoeken en verbredingbezoeken.

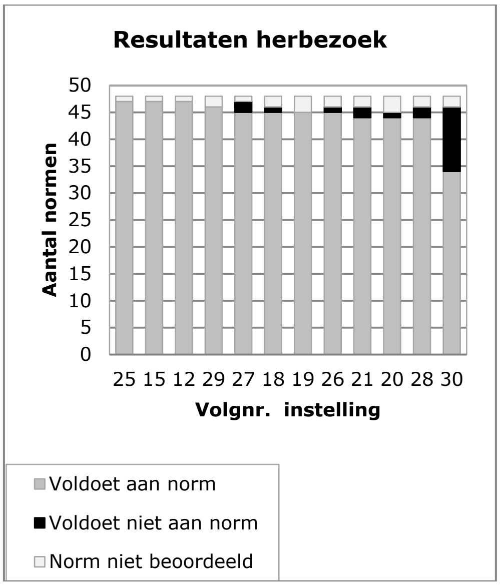
4.1 Infectiepreventie in drie oogopslagen

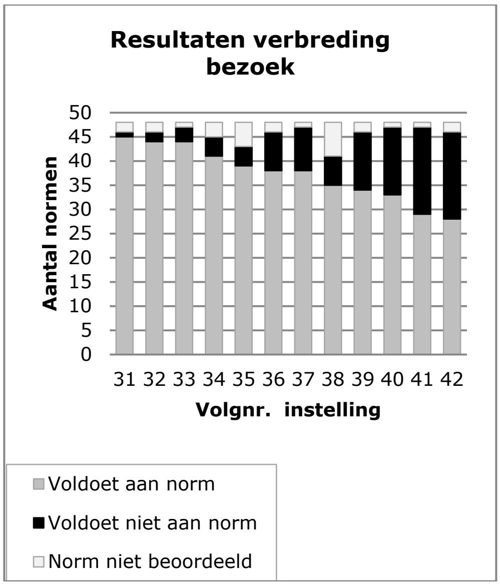


Grafiek 1: totale normscore bij de rondgang

Bij de eerste bezoekronde bleek dat instellingen gemiddeld aan 14 van de 48 normen niet voldeden. De best scorende instelling voldeed aan één van de getoetste normen niet. Bij de slechtst scorende instelling was de helft van de getoetste normen onvoldoende.

Resultaten her- en verbredingbezoeken



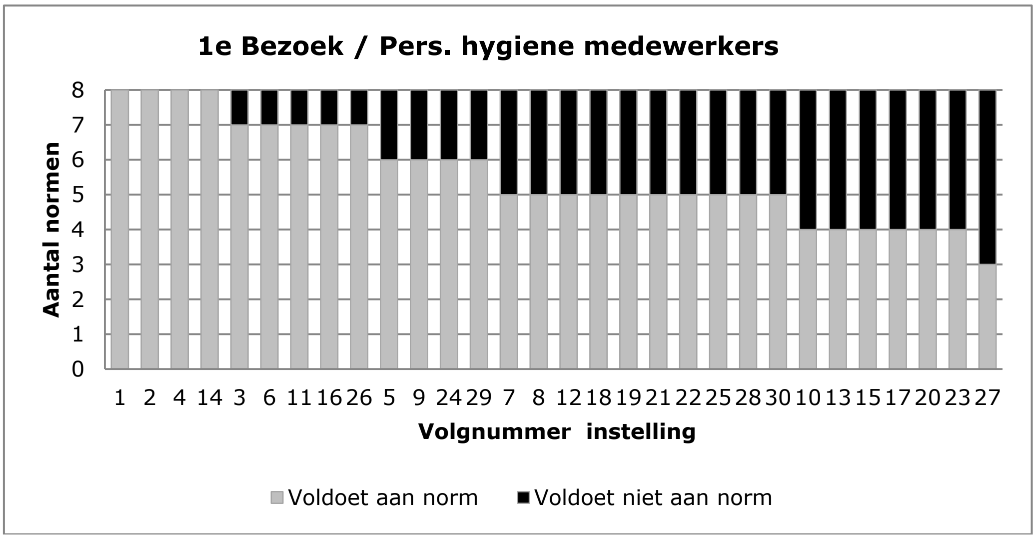


Grafiek 1a: totale normscore herbezoek *Grafiek 1b: totale normscore verbredingbezoek*

Bij het **herbezoek** aan twaalf van de dertig instellingen hadden vijf van de twaalf instellingen alles op orde. Bij drie instellingen waren nog twee normen onvoldoende en bij drie instellingen één. Eén instelling had nog altijd twaalf normen niet op orde, bij het eerste bezoek waren dit 23 normen. De negatieve scores vond de inspectie op één van de twee bezochte afdelingen.

De **verbredingbezoeken** gaven een slechter beeld dan de herbezoeken van instellingen die onder eenzelfde concern vielen.

4.2 Persoonlijke hygiëne medewerkers



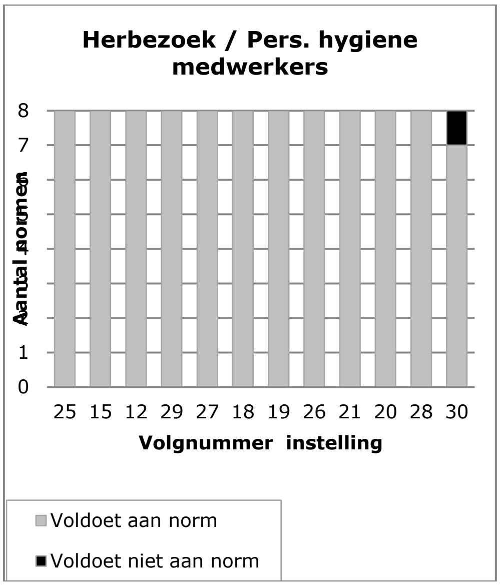
Grafiek 2: Persoonlijke hygiëne medewerkers

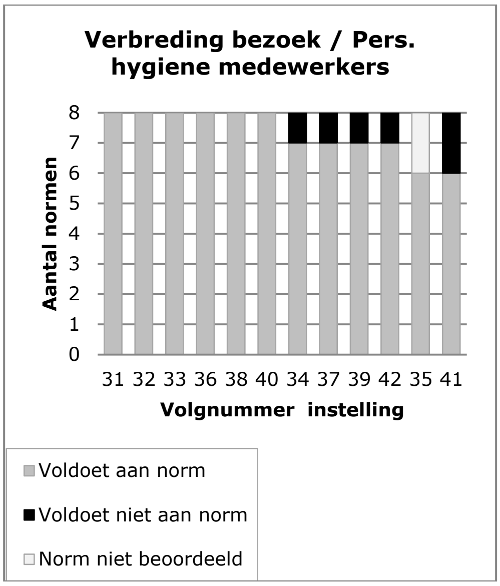
De persoonlijke hygiëne van de medewerkers bevat acht normen (zie bijlage 2). Gemiddeld scoorden de instellingen twee normen onvoldoende. Vier instellingen scoorden voldoende op alle acht normen. In de andere 26 instellingen werd op één of meer van de acht normen een onvoldoende gescoord. De slechtst scorende instelling scoorde op vijf normen onvoldoende.

Bij de beoordeling vielen de volgende zaken op:

- Bij een aanzienlijk deel van de cliëntenkamers (achttien instellingen) ontbraken de juiste prullenbak of de faciliteiten voor handhygiëne;
- De kleding van medewerkers (veertien instellingen) had vaak te lange mouwen. Hierdoor was adequate handhygiëne niet mogelijk. Ook kon de kleding niet op 60° C gewassen worden of in een droger worden gedroogd ;
- Bij twee instellingen zag de inspectie medewerkers die handsieraden of horloges droegen.

Resultaten her- en verbredingbezoeken





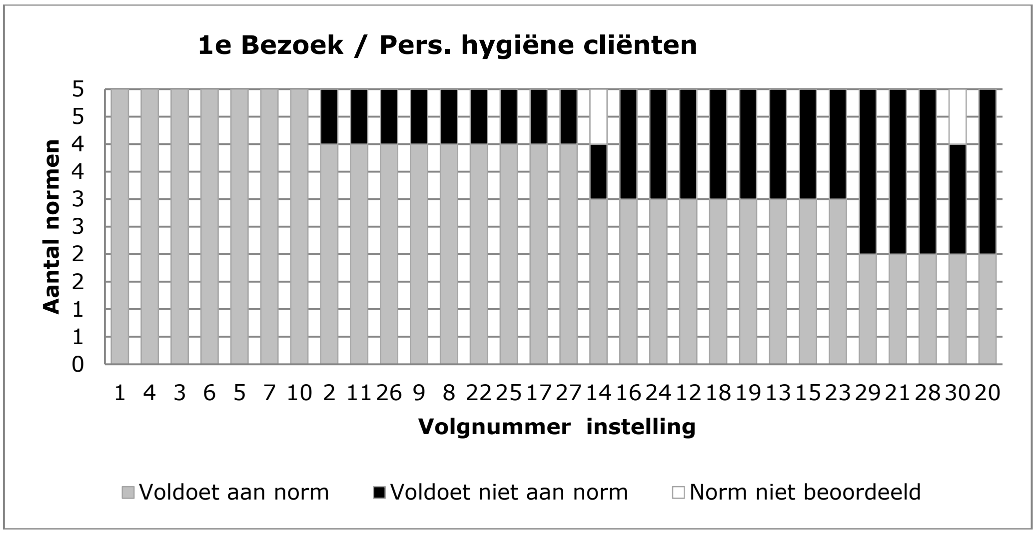
Grafiek 2a: persoonlijke hygiëne medewerkers bij herbezoek

Grafiek 2b: persoonlijke hygiëne medewerkers bij verbredingbezoek

Bij het **herbezoek** hadden elf van de twaalf instellingen dit onderwerp op orde. In één instelling was nog één norm onvoldoende, namelijk het kledingvoorschrift.

De **verbredingbezoeken** gaven een slechter beeld dan de herbezoeken van instellingen die onder eenzelfde concern vielen.

4.3 Persoonlijke hygiëne cliënt



Grafiek 3: Persoonlijke hygiëne cliënten

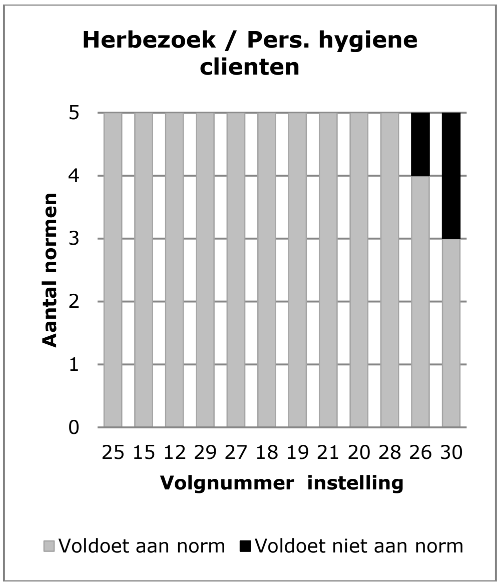
Het onderwerp persoonlijke hygiëne cliënt bevat vijf normen (zie bijlage 2). Gemiddeld scoorden de instellingen op één norm onvoldoende. In zeven instellingen was dit onderwerp geheel op orde. In de vijf slechtst scorende instellingen beoordeelde de inspectie drie van de vijf normen als onvoldoende.

Bij alle bezochte instellingen was al het materiaal noodzakelijk voor de persoonlijke verzorging van de cliënt (zoals gebittenbakje, kam, zeep, etc.) aanwezig. Ook waren alle materialen, zoals handdoek, washand en waskom, aanwezig om de persoonlijke verzorging uit te voeren. Meerdere instellingen maakten gebruik van het zogenaamde wassen zonder water.

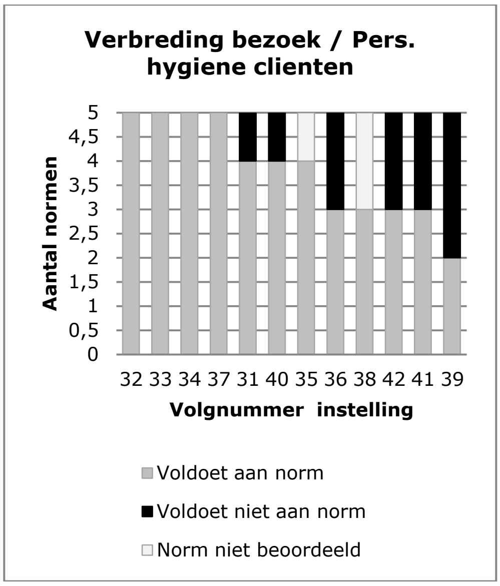
Bij de beoordeling vielen de volgende zaken op:

- Bij twintig instellingen was het schoonmaken van (niet) cliënt gebonden materialen onvoldoende geregeld. Veelal ontbrak een schoonmaakschema met aftekenlijst om het proces te borgen;
- De passieve tilbanden gebruikte men niet altijd cliëntgebonden. Daarbij ontbrak ook veelal een schoonmaak/wasschema (vijftien instellingen);
- De inspectie zag bij zes instellingen onduidelijkheid over indicaties voor het toepassen van desinfecteermiddelen. In meerdere instellingen maakte men gebruik van niet toegelaten desinfectiemiddelen. De voorschriften om desinfectantia toe te passen waren niet altijd toegeschreven op de middelen die beschikbaar waren in de instelling.

Resultaten her- en verbredingbezoeken



Grafiek 3a: persoonlijke hygiëne cliënten herbezoek



Grafiek 3b: persoonlijke hygiëne cliënten verbredingbezoek

Bij het **herbezoek** hadden tien van de twaalf instellingen dit onderwerp op orde. Bij één instelling waren nog twee normen onvoldoende, voor de tilbanden en de schoonmaak van niet cliëntgebonden materialen. Een andere instelling had de schoonmaak van niet cliëntgebonden materialen niet goed geregeld.

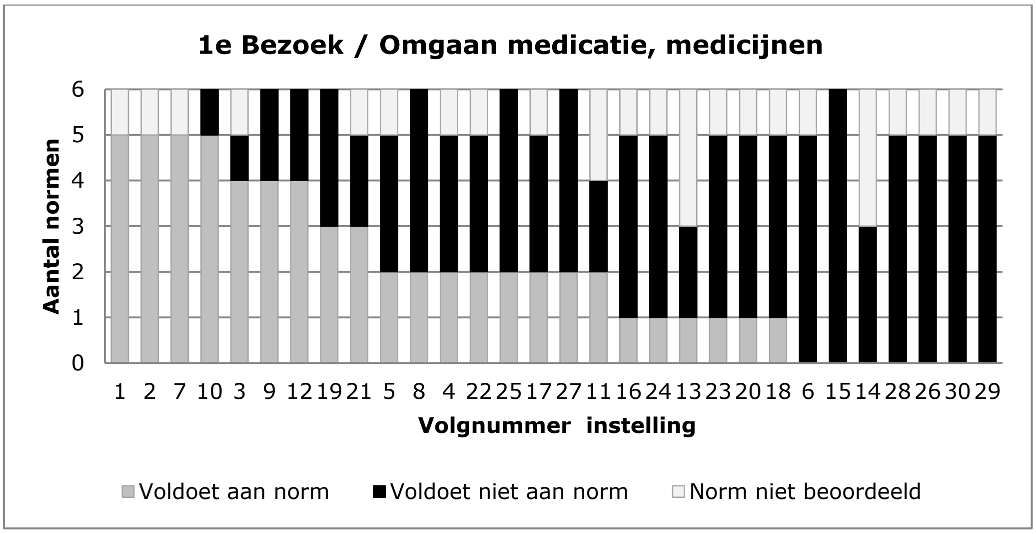
Bij de **verbredingbezoeken** waren de scores vaker onvoldoende, namelijk de tilbanden (bij vier instellingen) en schoonmaak niet cliëntgebonden materialen (bij zes instellingen).

4.4 Reiniging en desinfectie van bedpan en urinaal

Volgens de richtlijn van de WIP dienen bedpannen en urinaals gereinigd en gedesinfecteerd te worden in een bedpanspoeler die reinigt en thermisch desinfecteert.

Vijf instellingen konden niet volgens de richtlijn reinigen en desinfecteren door het ontbreken van een bedpanspoeler. De instellingen gaven aan nog zelden po's en urinaals te gebruiken. Als men po's of urinaals gebruikte maakte men deze hand-matig schoon volgens een protocol.
De meeste instellingen (25) beschikten wel over een bedpanspoeler. Het was bij negen instellingen niet altijd duidelijk hoe het met onderhoud van het apparaat was gesteld: op de bedpanspoeler was niet zichtbaar wanneer het volgende preventieve onderhoud noodzakelijk was.

4.5 Omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische) hulpmiddelen



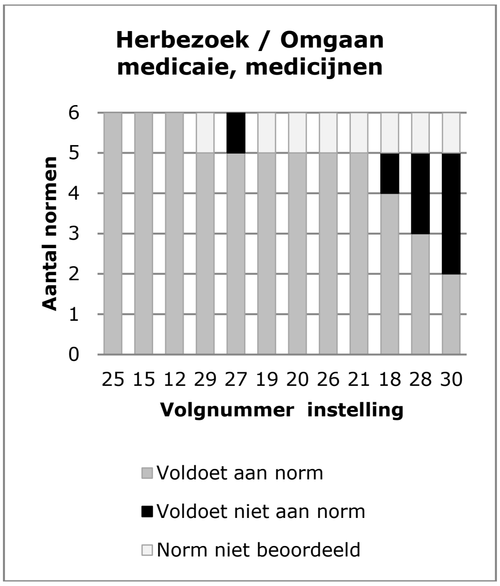
Grafiek 4: omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische) hulpmiddelen

De omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische) hulpmiddelen bevat zes normen. Wanneer een instelling geen verbandkar gebruikte werden in totaal vijf normen gescoord. Gemiddeld scoorden de instellingen drie normen onvoldoende. Drie instellingen hadden dit onderwerp geheel op orde. De missende score bij deze instellingen betrof het niet hebben van een verbandkar. Voor infectiepreventie is het als positief te beschouwen als er geen verbandkar is. Zeven instellingen scoorden geen enkele voldoende op dit onderwerp.

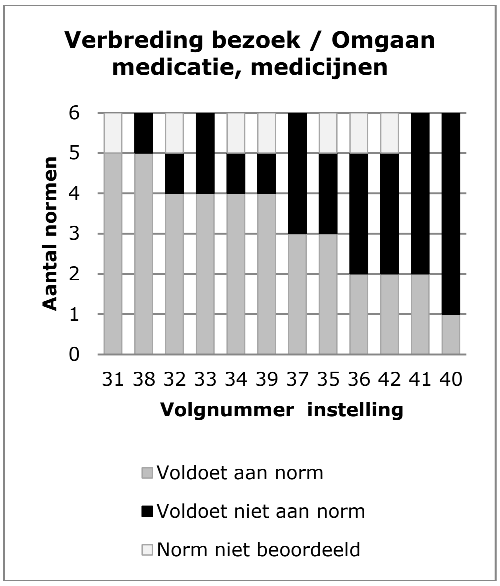
In 27 instellingen was er minimaal één norm waaraan men niet voldeed:

- Bij achttien van de instellingen was de opslag van en handelwijze met (steriele) medische hulpmiddelen niet op orde. Zo trof de inspectie materialen aan waarvan de uiterste gebruiksdatum was verstreken. De opslag van de materialen was onjuist. Hulpmiddelen lagen op de vloer, waren opgeslagen in niet afgesloten kasten en steriele en niet steriele materialen lagen door elkaar;
- De kwaliteitbewaking van zalven en spoelvloeistoffen was bij 23 van de 30 instellingen onvoldoende. De meeste van deze materialen kunnen tot 24 uur na openen veilig worden gebruikt, soms is de periode langer als dat op de bijsluiter is vermeld. De veiligheid kan alleen gegarandeerd worden als datum en tijdstip van opening op de verpakking worden vermeld. In veel gevallen ontbrak het daaraan.
- Bij twintig instellingen werd de retourmedicatie niet afgevoerd volgens de veilige principes in de medicatieketen.
- De temperatuur van de medicatiekoelkast werd in de helft van de instellingen niet bewaakt. Soms was de temperatuur, zo bleek uit de temperatuurlijst, veel te hoog(>10°C), maar werd er geen actie ondernomen. Ook voor de schoon-maak van de koelkast ontbrak veelal structuur.

Resultaten her- en verbredingbezoeken



Grafiek 4a: omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische) hulpmiddelen



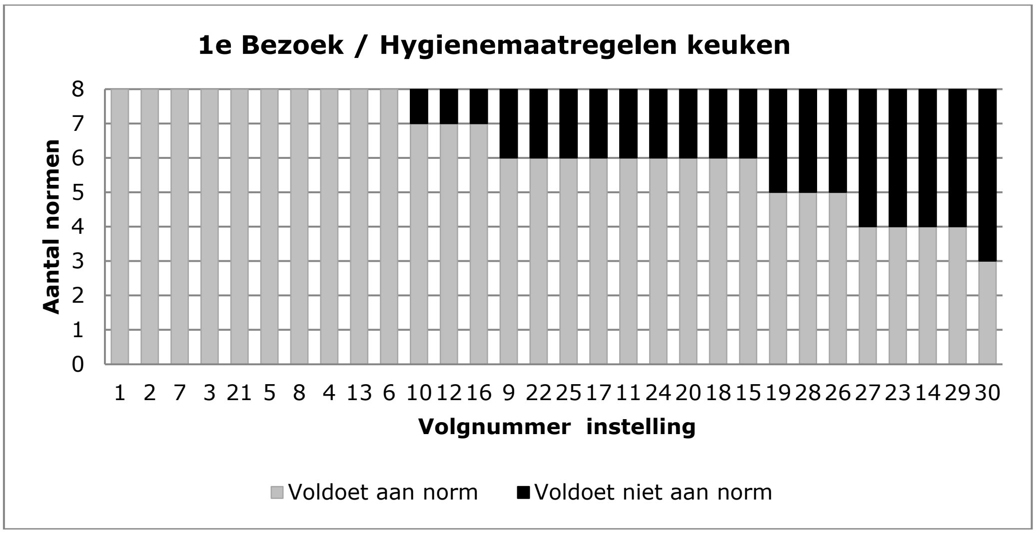
Grafiek 4b: omgang en opslag van medicatie en steriele (medische) hulpmiddelen

Bij het **herbezoek** hadden acht van de twaalf instellingen dit onderwerp op orde. In twee instellingen werd nog één norm als onvoldoende beoordeeld. Eén instelling had nog twee en één instelling nog drie normen onvoldoende. In deze vier instellingen werd een openingsdatum op aangebroken tubes, zalven en vloeistoffen niet consequent opgeschreven.

De **verbredingbezoeken** gaven een slechter beeld dan de herbezoeken van instellingen die onder eenzelfde concern vielen. Een instelling voldeed aan alle normen. Vier instellingen scoorden op één norm onvoldoende en twee instellingen scoorden op twee normen onvoldoende. De overige instellingen scoorden op drie of meer normen onvoldoende.

Elf van de twaalf instellingen voldeden aan minimaal één norm niet:
- Bij zes instellingen was de opslag van en handelwijze met (steriele) medische hulpmiddelen niet op orde;
- De kwaliteitbewaking van zalven en spoelvloeistoffen was bij acht instellingen onvoldoende;
- In vijf instellingen werd de temperatuur van de medicatiekoelkast niet bewaakt.

4.6 Hygiënemaatregelen keuken



Grafiek 5: Hygiënemaatregelen keuken

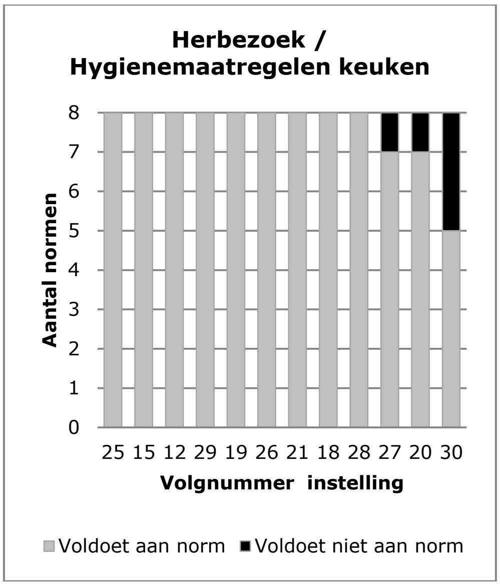
Het onderwerp hygiënemaatregelen keuken bevat acht normen. Gemiddeld scoorden de instellingen op twee van de normen onvoldoende. Bij tien instellingen bleek dit onderwerp geheel op orde.

Op alle bezochte locaties trof de inspectie goede voorzieningen aan voor hand-hygiëne. Ook ging men goed om met het dagelijks verwisselen van theedoeken en vaatdoeken. Het juist bewaren van levensmiddelen in de koelkast was in negentien van de dertig instellingen niet op orde. Het ontbrak aan de bewaking van de temperatuur van de koelkast, het bewaken van de uiterste gebruiksdatum van levensmiddelen ondermeer door het stickeren van geopende verpakkingen en het onderhoud van de koelkast.

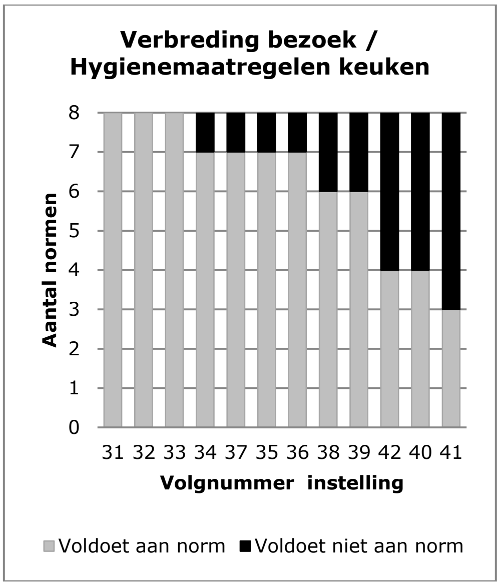
Volgens de Warenwet dienen kritische processen geregistreerd te worden (Hazard Analysis and Critical Control Points). In dertien van de dertig instellingen vond dit niet plaats. De inspectie trof bij negen afdelingskeukens niet de juiste afsluitbare prullenbakken met voetbediening aan.

Op vijf afdelingen voor psychogeriatrische cliënten lagen de gevaarlijke stoffen of giftige materialen niet altijd afgesloten opgeborgen.

Resultaten her- en verbredingbezoeken



Grafiek 5a: hygiënemaatregelen keuken

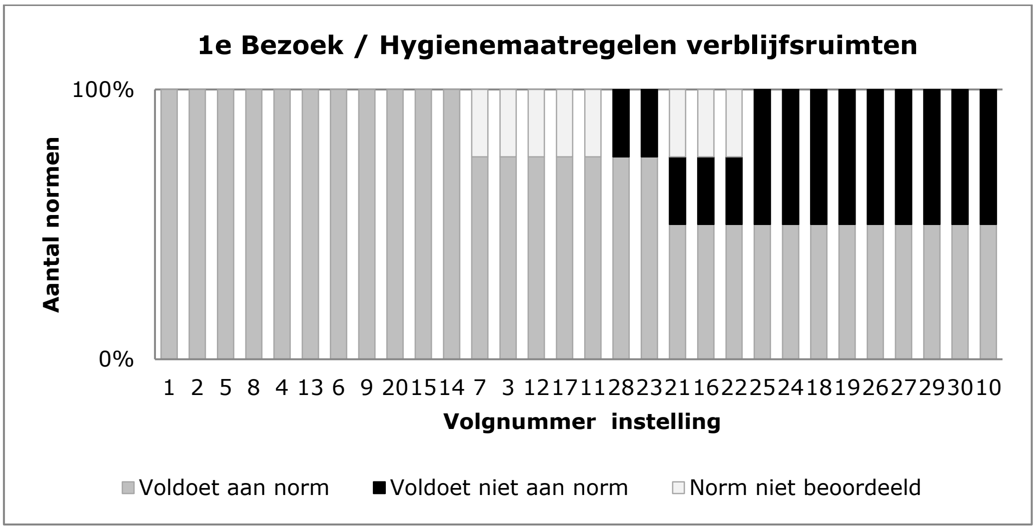


Grafiek 5b: hygiënemaatregelen keuken

Bij **herbezoek** hadden negen van de twaalf instellingen dit onderwerp op orde. In twee instellingen werd nog één norm als onvoldoende beoordeeld. Eén instelling had nog drie normen onvoldoende; de naleving van de HACCP normen, het stickeren van beperkt houdbare producten en het gebruik van de juiste prullenbak.

De score van de **verbredingbezoeken** was minder goed dan de score van de herhalingsbezoeken.

4.7 Hygiënemaatregelen verblijfsruimtes

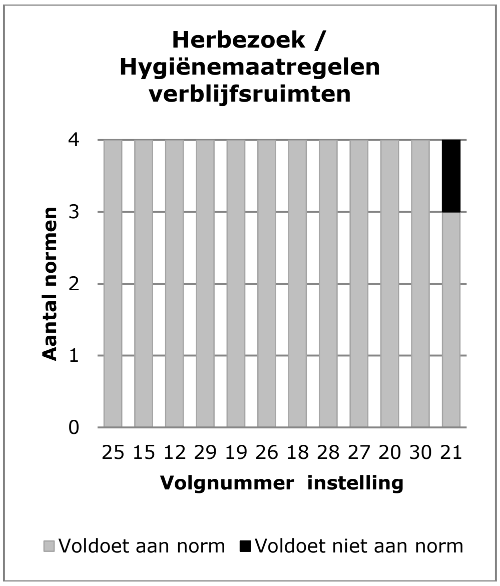


Grafiek 6: hygiënemaatregelen verblijfsruimten

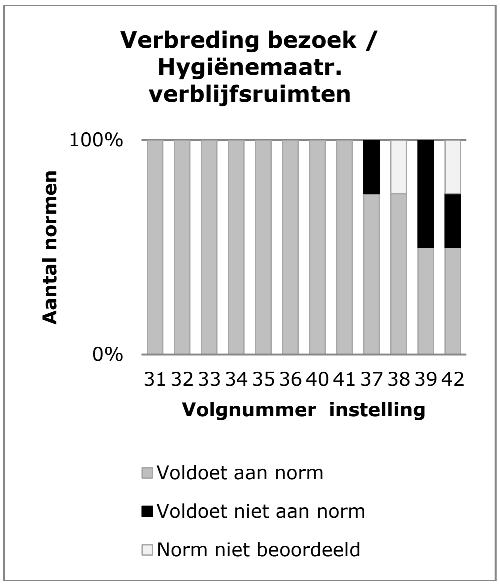
Het onderwerp hygiënemaatregelen verblijfsruimtes bevat vier normen. Gemiddeld scoorden de instellingen één van de normen onvoldoende. Bij zestien instellingen was dit onderwerp geheel op orde.

De vloeren en wanden waren bij alle bezochte afdelingen goed te reinigen, deze waren glad afgewerkt. Ook stoelen en gordijnen waren goed te reinigen.
Bij twaalf instellingen ontbrak een schoonmaakschema met aftekenlijst voor deze ruimtes. Bij tien instellingen ontbrak een schoonmaakschema voor de ventilatieroosters of mechanische ventilatie.

Resultaten her- en verbredingbezoeken



Grafiek 6a: hygiënemaatregelen verblijfsruimten

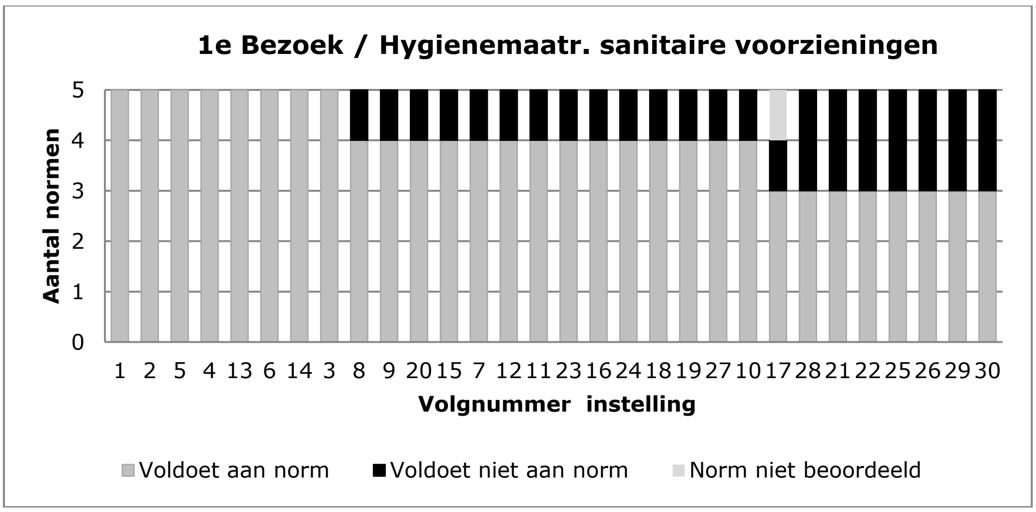


Grafiek 6b: hygiënemaatregelen verblijfsruimten

Bij **herbezoek** hadden elf van de 12 instellingen dit onderwerp op orde. Eén instelling had nog één norm onvoldoende.

De score van de **verbredingbezoeken** was minder goed dan de score van de herhalingsbezoeken.

4.8 Hygiënemaatregelen sanitaire voorzieningen



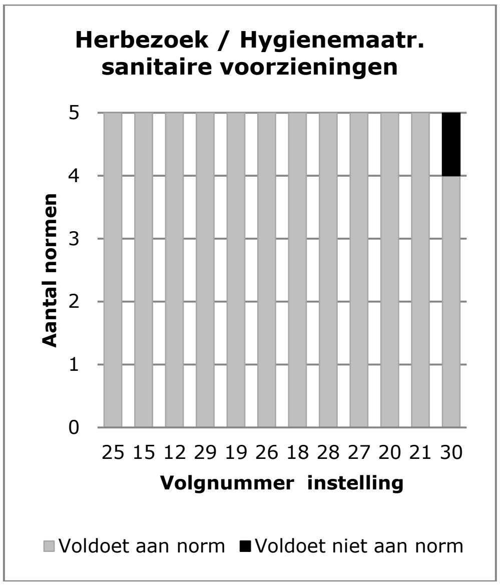
Grafiek 7: hygiënemaatregelen sanitaire voorzieningen

Het onderwerp hygiënemaatregelen sanitaire voorzieningen bevat vijf normen. Gemiddeld scoorden de instellingen op één van de normen onvoldoende. Acht instellingen hadden dit onderwerp geheel op orde.

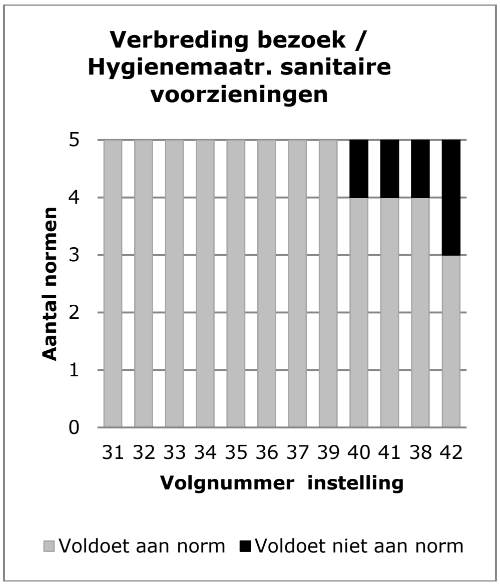
Bij de meeste bezochte instellingen waren de vloeren en wanden van de toiletten en douches glad en goed afgewerkt waardoor adequate schoonmaak mogelijk was.

Bij negentien instellingen was een juiste afvalbak aanwezig of ontbrak een afvalbak in de sanitaire ruimten. Als er een afvalbak aanwezig was kon deze niet altijd non-touch gebruikt worden. Verder ontbrak het bij tien instellingen aan een schoonmaakschema met aftekenlijst voor de sanitaire voorzieningen.

Resultaten her- en verbredingbezoeken



Grafiek 7a: hygiënemaatregelen sanitaire voorzieningen

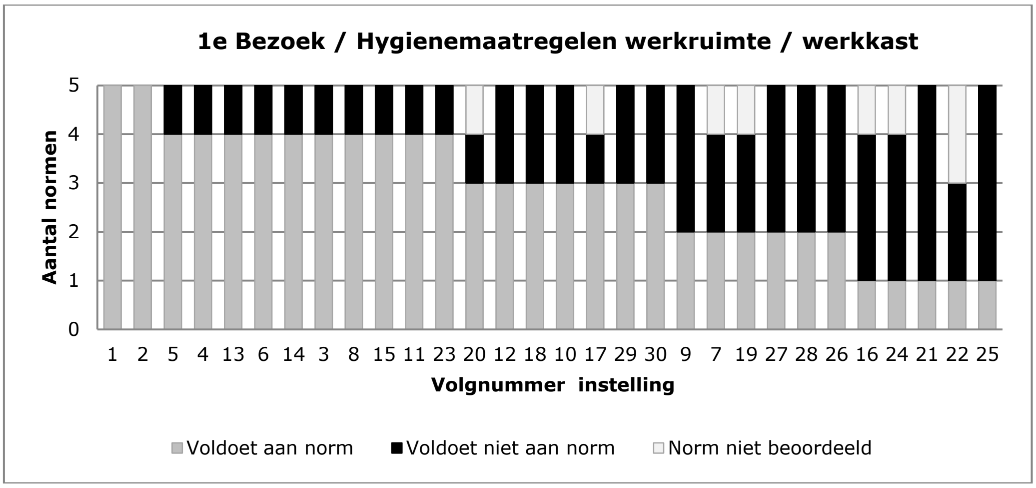


Grafiek 7b: hygiënemaatregelen sanitaire voorzieningen

Bij het **herbezoek** hadden elf van de twaalf instellingen dit onderwerp op orde. Eén instelling had nog één norm onvoldoende.

De score van de **verbredingbezoeken** was minder goed dan de score van de herhalingsbezoeken.

4.9 Hygiënemaatregelen werkkast/werkruimte

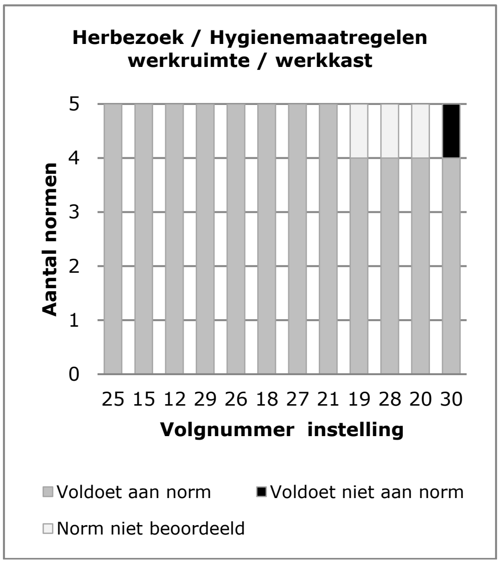


Grafiek 8: hygiënemaatregelen werkruimte/werkkast

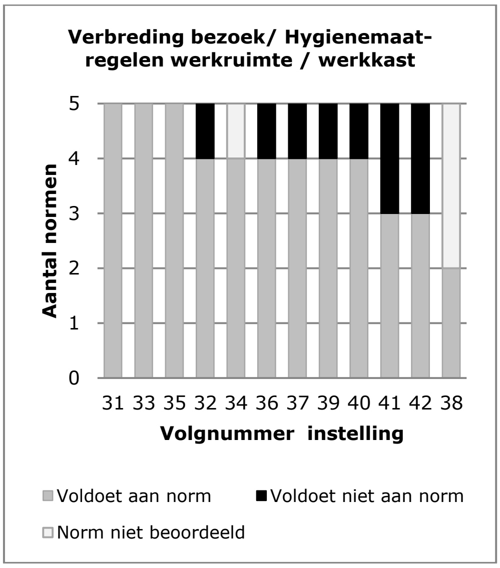
Het onderwerp hygiënemaatregelen werkkast/werkruimte bevat vijf normen. Gemiddeld scoorden de instellingen op twee normen onvoldoende. Twee instellingen hadden dit onderwerp geheel op orde. Twaalf instellingen scoorden op twee of meer normen onvoldoende.

In 28 instellingen bewaarde men de schoonmaakmaterialen niet op een juiste wijze. Zo konden moppen, trekkers en bezems niet goed drogen omdat zij op de grond stonden of in emmers waren geplaatst. Vaak was er een uitstortgootsteen in de schoonmaakwerkruimte of werkkast. Wanneer er een uitstortgootsteen aanwezig was, was deze vaak erg vies of volgebouwd met dozen zodat deze niet gebruikt kon worden. De dozen konden ongewenst nat worden. In ruim eenderde van de schoonmaakwerkruimten of werkkasten ontbrak een schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst.

Resultaten her- en verbredingbezoeken



Grafiek 8a: hygiënemaatregelen werkruimten / werkkast

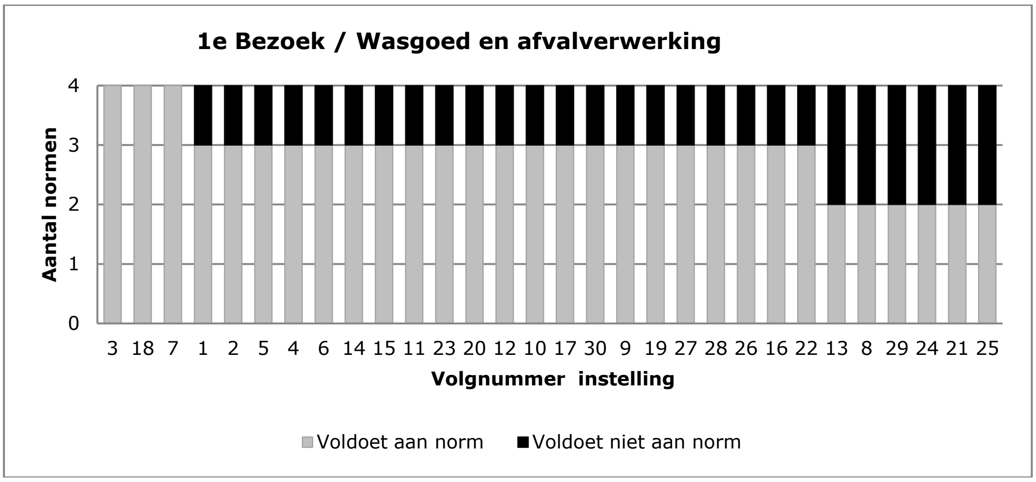


Grafiek 8b: hygiënemaatregelen werkruimten / werkkast

Bij het **herbezoek** hadden elf van de twaalf instellingen dit onderwerp op orde. Eén instelling had nog één norm onvoldoende.

Ook bij dit onderwerp was de score van de **verbredingbezoeken** slechter dan de herbezoeken.

4.10 Wasgoed en afvalverwerking

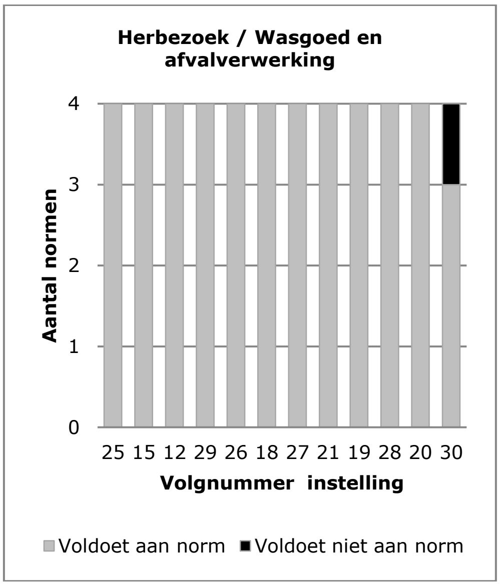


Grafiek 9: wasgoed en afvalverwerking

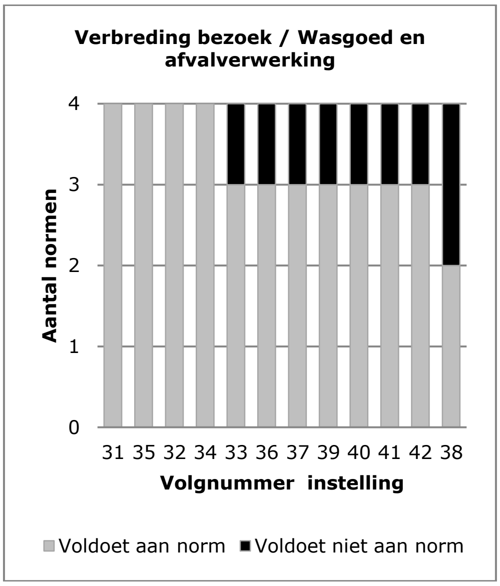
Het onderwerp wasgoed en afvalverwerking bevat vier normen. Gemiddeld scoorden de instellingen op één van de normen onvoldoende. Drie instellingen voldeden aan alle normen voor dit onderwerp.

Bij 26 instellingen werd de schone was niet op de juiste manier opgeslagen. De inspectie trof schoon linnengoed op de grond aan, in grote open ruimtes in open stellingen en linnengoed in vuile ruimtes.

Resultaten her- en verbredingbezoeken



Grafiek 9a: wasgoed en afvalverwerking



Grafiek 9b: wasgoed en afvalverwerking

Bij het **herbezoek** hadden elf van de twaalf instellingen dit onderwerp op orde. Eén instelling had nog één norm onvoldoende.

Ook bij dit onderwerp was de score van de **verbredingbezoeken** slechter dan de herbezoeken.

4.11 Veiligheid medewerkers bij gebruik naalden

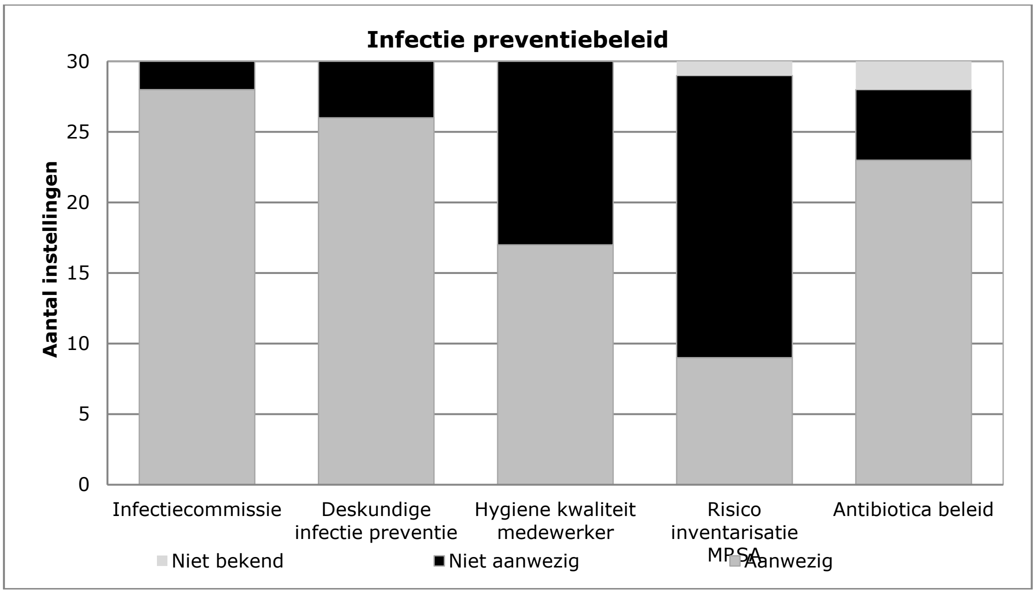
Tijdens haar onderzoek keek de inspectie ook naar de veiligheid voor de medewerkers bij onjuist gebruik van naalden, zoals het niet terugsteken van naalden in het hoesje terugsteken ter verkoming van prikaccidenten en daarmee het voorkomen van bloedoverdraagbare aandoeningen zoals hepatitis.

In zeventien van de dertig instellingen namen de medewerkers onvoldoende veiligheidsmaatregelen in acht om naalden op de juiste manier weg te gooien in een naaldencontainer. De naaldencontainers verving men niet overal op tijd. Regelmatig trof de inspectie naaldencontainers aan gevuld tot boven de vullijn.

Bij het **herbezoek** had nog één instelling dit niet op orde.

Bij de **verbredingbezoeken** scoorden zes instellingen op dit onderwerp een onvoldoende.

4.12 Beleid voor infectiepreventie



Grafiek 10: Beleid voor infectiepreventie

Naar het infectiepreventiebeleid is alleen geïnformeerd bij de eerste dertig bezoeken.

Infectiecommissie

28 van de 30 instellingen hadden een infectiecommissie. Een deel van de commissies was slapend tijdens het bezoek en is gerevitaliseerd na het bezoek van de inspectie.

Deskundige infectiepreventie
26 van de 30 instellingen hadden een contract met een deskundige infectiepreventie van een ziekenhuis, GGD of particulier bedrijf. De contracten liepen uiteen van op afroep beschikbaar tot een volledig dienstverband voor alle tot het concern behorende instellingen.

Hygiëne kwaliteitsmedewerker
Bij 17 van de 30 instellingen waren hygiëne kwaliteitsmedewerkers actief. Dit waren verzorgenden of verpleegkundigen met speciale aandacht en scholing op infectiepreventie.

Risicoinventarisatie MRSA
In minder dan 10 procent van de bezochte instellingen voerde men een risicoinventarisatie uit bij nieuwe cliënten om na te gaan of zij mogelijk drager waren van MRSA. De meeste instellingen kenden de richtlijn van de WIP over MRSA, maar hadden de richtlijn onvoldoende vertaald in werkinstructies. Bij opname van nieuw cliënten ging men dan ook niet na of zij mogelijk drager waren van MRSA en volgde er geen passende voorzorgsmaatregelen.

Antibioticabeleid
23 van de 30 instellingen hadden een antibioticabeleid geformuleerd en beschikten over een formularium.

5 Summary

In 2012 and 2013, the Health Care Inspectorate examined hygiene and infection prevention in residential care facilities for the elderly. It found that the majority of locations had not made adequate provisions at that time. Follow-up inspections showed that the locations had succeeded in making many improvements within a relatively short period.

Good hygiene and infection prevention are particularly important when caring for the elderly, a vulnerable target group. For this reason, the Inspectorate decided to repeat the investigation to determine whether the sector has continued to make progress. Failure to achieve the appropriate level of hygiene and infection prevention increases the risk of (resistant) micro-organisms spreading within the care setting and beyond. This can place an unnecessary additional health burden on elderly patients.

Between September 2013 and June 2014, the Inspectorate made 42 inspection visits. In the first round, thirty locations providing residential care to the elderly were subject to an initial inspection. Twelve were selected for a more detailed (re-)inspection prompted by the findings of earlier visits to locations managed by the same organization, during which shortcomings had been noted. This approach allowed the Inspectorate to ascertain that the necessary improvements had been implemented by all locations falling under the same management. Using assessment frameworks, the Inspectorate observed hygiene practices, interviewed staff to gauge their familiarity with the conditions for responsible care, and scrutinized relevant documents.

The second inspection round arrived at much the same conclusions as the first. The personal hygiene of both staff and residents was below the required standard. Medicines, ointments and food were not stored with due regard for hygiene and safety, and policy had not been adequately implemented or embedded. The locations concerned were able to make significant improvements within a relatively short period, although the improvements made at one location were not always implemented by others under the same management.

Based on its findings, the Inspectorate concludes that residential care organizations not appreciate the urgency of improvement action, and that they have not fulfilled their responsibilities. This situation creates risks for the patients in their care, and it is also possible that (resistant) micro-organisms will spread into the wider community. Given the worldwide problem of increasing antibiotic resistance, this is clearly cause for concern.

The Inspectorate has called on the sector to implement measures which will raise hygiene and infection prevention to the required standard as quickly as possible. In addition, the Inspectorate has the sector organization and the relevant professional federations to develop working practices which will ensure patient safety both today and in the longer term. Such practices must ensure that exposure to (resistant) micro-organisms is avoided to the greatest possible extent. Where any infection does occur, treatment with effective antibiotics must be implemented. This requires all locations to have systems which enable them to monitor patient health, to identify any outbreak of (resistant) micro-organisms at the earliest possible opportunity, and to take appropriate and effective measures. Due thought must be given to the level of infection prevention that can reasonably be achieved, how this

level is to be monitored and maintained, and how the ongoing effectiveness of the measures is to be demonstrated to the Inspectorate.

The Inspectorate is to hold talks with the sector with a view to arriving at firm agreements. It will continue to monitor whether all locations act in accordance with those agreements and whether they have achieved the objectives. The Inspectorate will devote particular attention to action at management level. If care providers fail to make the necessary improvements, the Inspectorate will hold their management organizations accountable.

Bijlage 1 Overzicht bezochte instellingen

Altenahove (geen herbezoek)	Almkerk
Amaris Gooizicht	Hilversum
Amaris Gooizicht (herbezoek)	Hilversum
Amaris Theodotion (verbredingbezoek; Amaris Zorggroep)	Laren
Borchleen	Schoonhoven
Borchleen (herbezoek)	Schoonhoven
Botterhof (verbredingbezoek; Carintreggeland)	Wierden
Cunera (verbredingbezoek; Laverhof)	Schijndel
Dormig (geen herbezoek)	Landgraaf
De Enk (verbredingbezoek; Lentis)	Zuidlaren
De Molenberg (geen herbezoek)	Groenlo
De Nieuwenhof (verbredingbezoek; Zorgboog)	Deurne
Domus Nostra (verbredingbezoek; Saffier de Residentiegroep)	Den Haag
Drie Maasstede (geen herbezoek)	Schiedam
Duinstede	Wassenaar
Duinstede (herbezoek)	Wassenaar
Eugeria	Almelo
Eugeria (herbezoek)	Almelo
Heymanscentrum	Groningen
Heymanscentrum (herbezoek)	Groningen
Hoge Hop	Hoorn
Hoge Hop (herbezoek)	Hoorn
Hoge Veld (geen herbezoek)	Den Haag
Hooge Platen (geen herbezoek)	Breskens
Horstgraaf (geen herbezoek)	Venlo
Houttuinen (verbredingbezoek; Zorgbalans)	Haarlem
Jan de Wit kliniek	Bakel
Jan de Wit kliniek (herbezoek)	Bakel
Koetshuis (geen herbezoek)	Waalwijk
Kroevenhove (geen herbezoek)	Roosendaal
Magnolia (verbredingbezoek; Vierstroom)	Zoetermeer
Nicolaas (verbredingbezoek; Omring)	Lutjebroek
Nieuw Vredenburgh (geen herbezoek)	Amsterdam

Nolenshaghe	Den Haag
Nolenshaghe (herbezoek)	Den Haag
Norschoten, locatie Klaverweide	Barneveld
Norschoten, locatie Klaverweide (herbezoek)	Barneveld
Norschoten, locatie Kweekweg (verbredingbezoek; Norschoten)	Barneveld
Oudtburgh	Bergen
Oudtburgh (herbezoek)	Bergen
Simeon en Anna (geen herbezoek)	Rotterdam
Sint Barbara	Schijndel
Sint Barbara (herbezoek)	Schijndel
Steenvoorde (verbreding; Florence)	Rijswijk
Valentijn (geen herbezoek)	Maurik
Weegbree (geen herbezoek)	Wychen
Weeligenberg	Hillegom
Weeligenberg (herbezoek)	Hillegom
Weemelanden (geen herbezoek)	Vriezeveen
Weidesteyn (geen herbezoek)	Hoogeveen
Wijkestein (geen herbezoek)	Wijk en Aalburg
Woonhaven Grootegast (geen herbezoek)	Grootegast
Zorgwoningen Balk (geen herbezoek)	Balk
Zuyder Waert (verbreding; Magentazorg)	Heerhugowaard

Bijlage 2 Checklist voor observatie

Observaties

Indien verpleeghuizen afwijken van de landelijke standaard, dan mag dit ook als eveneens als 'voldoet' beoordeeld worden indien het hier een vergelijkbaar of beter alternatief betreft. Of dit het geval is, is ter beoordeling aan de inspectie. Bij de onderbouwing van het oordeel moet dit wel vermeld worden

Persoonlijke hygiëne medewerkers	**oordeel**	**Toelichting landelijke standaard**		**Opmerkingen**
1. Is er een protocol/ werkinstructie aanwezig voor handhygiëne.	☐ ja ☐ nee		Op alle relevante plaatsen hangt bij de kraan een werkinstructie over de methode en wanneer het noodzakelijk is om de handen te wassen of te desinfecteren.	Handhygiëne is handen wassen met water en zeep en afdrogen met handdoeken voor eenmalig gebruik of het toepassen van handalcohol volgens gebruiksvoorschrift.
2. Is er op elke cliëntenkamer een handenwasgelegenheid + vloeibare zeep en eenmalige handdoekjes aanwezig en / of handalcohol?	☐ ja ☐ nee	▪ Wasgelegenheid met koud stromend water, vloeibare zeep en eenmalige handdoekjes afvalbak zonder handbediening, ▪ en/of handalcohol	Ten minste 2 cliëntenkamers kijken	
3. Zijn er (niet steriele) handschoenen <u>op alle cliëntenkamers en ruimtes waar de indicatie voor geldt (zie opmerkingen)?</u>	☐ ja ☐ nee		In tenminste 5 relevantie ruimtes kijken waarvan tenminste 2 cliëntenkamers en ten minst 2 andere ruimten.	De indicaties volgens WIP: voor het dragen van niet-steriele handschoenen zijn beperkt tot specifieke zorghandelingen, zoals het verzorgen van wonden, stomaverzorging en contact met wasgoed van een cliënt. Handschoenen worden altijd gedragen wanneer de handen in contact komen of kunnen komen met bloed, lichaamsvochten, secreta, excreta, slijmvliezen, niet-intacte huid, of verpleeg- en behandelmaterialen.

Persoonlijke hygiëne medewerkers	**oordeel**	**Toelichting landelijke standaard**		**Opmerkingen**
4. Worden er geen hand en pols sieraden gedragen?	☐ ja ☐ nee	▪ Geen hand- en polssieraden. Ook gladde ringen en horloges zijn niet toegestaan. Piercings mogen mits deze de hygiëne niet in de weg staan en/of in contact kunnen komen met de cliënten.		
5. Worden lange haren bijeen gebonden of opgestoken?	☐ ja ☐ nee	De haren zijn kort of bij lang haar bijeengebonden of opgestoken.		
6. Dragen de medewerkers kleding conform de richtlijn van de WIP: dienstkleding wordt beschikbaar gesteld door de instelling of eigen kleding die aan de voorwaarden van de WIP voldoet (zie toelichting)?	☐ ja ☐ nee	Eigen kleding mag onder voorwaarden: De (eigen) kleding heeft korte mouwen. Werkkleding bedekt steeds de eigen kleding (geen jas met korte mouwen over eigen kleding met lange mouwen). De (eigen) kleding wordt iedere dag verschoond en moet te reinigen zijn op een temperatuur van minstens 60°C en mag niet pluisafgevend zijn. Wanneer (eigen) kleding tijdens de werkzaamheden zichtbaar wordt vervuild, wordt andere kleding aangetrokken. Voor bepaalde werkzaamheden moet voor de medewerker beschermende kleding van de instelling ter beschikking zijn.		

Persoonlijke hygiëne medewerkers	**oordeel**	**Toelichting landelijke standaard**		**Opmerkingen**
7. Is de juiste beschermende kleding aanwezig?	☐ ja ☐ nee	▪ De beschermende kleding kan bestaan uit een schort, eventueel van plastic/disposable, of een jas/overschort met **lange mouwen.** ▪ De beschermende kleding moet de eigen of dienstkleding volledig bedekken	Draagt men over uniform of eigen kleding, als er mogelijk contact met excreta is en volgens indicatie WIP	Het **bistro schort** kan als het ter bescherming van de kleding is tegen spatten zonder infectierisico,bijv wassen. Een **goed afdekkend reusable of disposable** schort is nodig bij overdrachtrisico van micro-organismen. In sommige gevallen kan volstaan worden met korte mouwen (wondverzorging) en in andere gevallen (bv MRSA) moeten lange mouwen. **Differentiatie mouwlengte** of altijd lange mouwen moet vastgelegd zijn in het protocol
8. Zijn er de juiste mond-neusmasker op alle afdelingen aanwezig of weet men waar ze zijn.	☐ ja ☐ nee	▪ Chirurgisch mondneusmasker bij mogelijke spat-incidenten en MRSA ▪ Papieren mond-neusmaskers zonder neusklem voldoen niet.		

BEOORDELINGSKADER

Onderwerp	**Voldoet**	**Voldoet niet**	**Niet beoordeeld**
Persoonlijke hygiëne medewerkers 8 items	Alle scores Ja	Alle scores Nee	

Persoonlijke hygiëne cliënten	**Oordeel**	**Landelijke standaard**	**Hoe onderzoek je dit?**	**opmerkingen**
9. Is al het materiaal op de kamer aanwezig voor de persoonlijke verzorging van de cliënt, zoals een kam, zeep, tandenborstel, gebittenbakje en zonodig scheergerei?	☐ ja ☐ nee	Zorg dat iedere cliënt in het bezit is van: ▪ zeep, kam, tanden-borstel, tandpasta en (zo nodig scheer-benodigdheden en gebittenbakje)	Door observatie van de aanwezige materialen bij 2 bewoners op beide afdelingen	
10. Is al het materiaal op de kamer aanwezig om de persoonlijke verzorging mogelijk te maken, zoals handdoek, washand en waskom?	☐ ja ☐ nee	In voldoende mate aanwezig zodat per handeling beschikbaar is: - schone washand of wegwerpwashand; - schone handdoek; - schone waskommen van roestvrijstaal of kunststof .	Door observatie van de aanwezige materialen bij 2 bewoners op beide afdelingen	
11. Is de schoonmaak van niet patiëntgebonden materialen geregeld?	☐ ja ☐ nee	▪ Niet cliëntgebonden materialen worden alleen op intacte huid toegepast en volgens schema gewassen/ schoongemaakt ▪ Rolstoelen en matrassen worden volgens schoonmaak-schema gereinigd ▪ Er is eens schoon-maakschema met bijbehorende afteken-lijst aanwezig	Door observatie	Afwijkingen beschrijven
12. Worden de tilbanden op de juiste manier gebruikt en schoongemaakt?	☐ ja ☐ nee	▪ De tilbanden van de tilliften worden persoonsgebonden gebruikt ▪ De banden van tilliften zijn schoon en heel. ▪ De wijze van reiniging is bekend bij medewerkers.		

Persoonlijke hygiëne cliënten	Oordeel	Landelijke standaard	Hoe onderzoek je dit?	opmerkingen
13. Zijn de indicaties en gebruik voor het toepassen van desinfectiemiddelen bekend?	☐ ja ☐ nee	▪ Er is een desinfectie-protocol/werkinstructie per afdeling. ▪ Desinfectie gebeurt alleen op indicatie. ▪ Er zijn desinfectie-middelen beschikbaar, namelijk chloor-tabletten en alcohol 70%. ▪ Van desinfectie-middelen is het gebruiksvoorschrift bekend	Door observatie	5.1 Afwijkingen beschrijven

BEOORDELINGSKADER

Onderwerp	Voldoet	Voldoet niet	Niet beoordeeld
Persoonlijke hygiëne cliënten 5 items	Alle scores Ja	Alle scores Nee	

Omgaan met excreta en gebruikte naalden	Oordeel	Landelijke standaard	Hoe onder-zoek je dit?	opmerkingen
14. Voldoen alle_pospoelers aan de eisen?	☐ ja ☐ nee	▪ Urinaal, po en was-kommen moeten auto-matisch schoongespoeld en gedesinfecteerd worden met stoom of heet water van 80°C ▪ Afwezigheid van lekkage en aerosol-vorming ▪ Op de pospoeler bevindt zich een duidelijk zichtbare sticker wanneer het volgende preventief onderhoud moet plaats-vinden of wat de uiterste gebruiksdatum is.	▪ Door observatie en navragen	
15. Is er een werkwijze bij afwezigheid van een pospoeler?	☐ ja ☐ nee	▪ Vragen naar protocol ▪ Omstandigheden beoordelen		

Omgaan met excreta en gebruikte naalden	Oordeel	Landelijke standaard	Hoe onder-zoek je dit?	opmerkingen
16. Wordt er conform regelgeving omgegaan met gebruikte injectienaalden en ander scherp materiaal met bloed?	☐ ja ☐ nee	▪ Gebruikte naalden en ander scherp materiaal direct na gebruik in de daarvoor bestemde UN-gekeurde naaldcontainer ▪ Naalden zijn niet gerecapt ▪ de container zijn niet boven de vullijn wordt gevuld. ▪ Naaldencontainer In de directe nabijheid van de handelingen met injectienaalden of andere scherpe voorwerpen.	Door observatie (kijk ook <u>in</u> de naaldencontainer)	

Beoordelingskader

Onderwerp	Voldoet	Voldoet niet	Niet beoordeeld
Omgaan met excreta en gebruikte naalden 3 items	Alle scores Ja	Alle scores Nee	

Omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische) middelen	oordeel	Landelijke standaard	Hoe onder-zoek je dit?	Opmerkingen
17. Is de staat van de verbandkar en verbandmiddelen voldoende?	☐ ja ☐ nee	▪ Men reinigt de verbandkar of mandje waarin de verband-middelen worden bewaard, minimaal eenmaal per week. Dit is zichtbaar op een checklist/aftekenlijst. ▪ De uiterste gebruiks-datum van materialen is niet verlopen. ▪ De verpakking van medische hulpmiddelen is intact.	Door observatie	5.2
18. Wordt de houdbaarheid en beheer spoelvloeistoffen en zalven voldoende genoteerd?	☐ ja ☐ nee	▪ De uiterste gebruiks-data van materialen zijn niet overschreden. ▪ De openingsdatum en tijd is op de flessen vermeld. Na opening is de vloeistof nog 24 uur te gebruiken. ▪ Zalven zijn persoonsgebonden.	Door observatie	Vloeistoffen zijn in het algemeen na opening max. 24 uur houdbaar.

Omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische) middelen	**oordeel**	**Landelijke standaard**	**Hoe onder-zoek je dit?**	**Opmerkingen**
19. Wordt de houdbaarheid van medicijnen gecontroleerd en wordt het principe First in/First out gehanteerd?	☐ ja ☐ nee	▪ De uiterste gebruiks-datum van medicatie wordt maandelijks gecontroleerd . Dit is zichtbaar op een checklist/ aftekenlijst. ▪ Men hanteert het 'first in, first out' principe.	Door observatie	First in, First out betekent dat medicijnen die het eerst geleverd zijn ook het eerste op moeten. De nieuwe voorraad moet in de medicijnkast dus altijd achteraan gezet worden en de oude voorraad naar voren geschoven. Zorg daarbij voor een overzichtelijke indeling
20. Worden de medicijnen die daarvoor bedoeld zijn in de koelkast bewaard en wordt deze beheerd?	☐ ja ☐ nee	▪ Medicijnen worden volgens voorschrift. Men hanteert het 'first in, first out' principe. ▪ Er is een aparte koelkast voor medicijnen. Indien deze er niet is, moeten de medicijnen in een afgesloten bak in de levensmiddelen koelkast gezet worden. ▪ In de koelkast is een thermometer aanwezig ▪ De temperatuur van de koelkast wordt wekelijks geregistreerd ▪ De gemeten temperaturen zijn zichtbaar op een checklist De koelkast wordt maandelijks schoon-gemaakt, Dit is zicht-baar op een checklist/ aftekenlijst. Bij zichtbare verontreiniging wordt de koelkast direct schoongemaakt.	Door observatie	▪ Bij de vermelding 'bewaren tussen 15 en 25 °C' is dat bij kamertemperatuur en 'gekoeld bewaren' betekent dat de medicijnen in de koelkast bewaard moeten worden bij ten hoogste 7 °C.

Omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische) middelen	**oordeel**	**Landelijke standaard**	**Hoe onder-zoek je dit?**	**Opmerkingen**
21. Wordt de houdbaarheid en bewaren steriele instrumenten en medische hulpmiddelen gecontroleerd?	☐ ja ☐ nee	▪ De vervaldatum wordt maandelijks gecontroleerd. ▪ Dit is op een checklist geregistreerd. ▪ De verpakking is onbeschadigd. ▪ De opslag van steriele medische hulpmiddelen is droog en stofvrij of in een kast die afgesloten kan worden. ▪ De opslag is geordend. ▪ De artikelen staan niet op de vloer. . ▪ Steriel en onsteriel is visueel gescheiden ▪ Geen producten over de uiterste gebruiks-datum ▪ Opslagruimtes zijn schoon, overzichtelijk en puilen niet uit (beperkte voorraad) ▪ Geen omdozen aanwezig ▪ Er is een schoon-maakschema met bijgehorende aftekenlijst, aanwezig.	Door observatie	▪ Vouw de verpakking van steriele materialen niet. Gebruik geen elastiekjes of nietjes om de materialen te bundelen.
22. Vindt de opslag van retourmedicatie volgens de norm plaats?	☐ ja ☐ nee	▪ Volgens de veilige principes in de medicatieketen	Door observatie	

Beoordelingskader

Onderwerp	Voldoet	Voldoet niet	Niet beoordeeld
Omgang en opslag van medicijnen en steriele (medische) middelen 6 items	Alle scores Ja	Alle scores Nee	

Hygiënemaatregelen: keuken	oordeel	Landelijke standaard	Hoe onder-zoek je dit?	Opmerkingen
23. Is de hygiënecode voor zorginstellingen, dan wel HACCP-plan voor de afdeling op alle afdelingen aanwezig?	☐ ja ☐ nee	▪ De hygiënecode voor zorginstellingen is aanwezig en in gebruik.	Door observatie	Afwijkingen beschrijven
24. Vindt er een registratie van kritische processen (HACCP-Warenwet-verplichting) plaats op alle afdelingen?	☐ ja ☐ nee	▪ Er is iemand verantwoordelijk voor de registratie.	Door observatie	Afwijkingen beschrijven
25. Worden de levensmiddelen in de koelkast volgens voorschrift bewaard?	☐ ja ☐ nee	▪ levensmiddelen worden volgens voorschrift bewaard. Men hanteert het 'first in, first out' principe. ▪ In de koelkast is een thermometer aanwezig ▪ De temperatuur van de koelkast wordt wekelijks geregistreerd ▪ De gemeten temperaturen zijn zichtbaar op een checklist ▪ De koelkast wordt maandelijks schoon-gemaakt, Dit is zichtbaar op een checklist/ aftekenlijst. ▪ Bij zichtbare verontreiniging wordt de koelkast direct schoongemaakt. ▪ Er staan geen medicijnen in de koelkast tenzij in een afgesloten doos.	Door observatie	▪ Bij de vermelding 'bewaren tussen 15 en 25 °C' is dat bij kamertemperatuur en 'gekoeld bewaren' betekent dat de medicijnen in de koelkast bewaard moeten worden bij ten hoogste 7 °C.

Hygiënemaatregelen: keuken	oordeel	Landelijke standaard	Hoe onder-zoek je dit?	Opmerkingen
26. Zijn de vloeren en wanden in de keuken goed reinigbaar en is er een schoonmaakschema?	☐ ja ☐ nee	• Vloeren en wanden zijn glad afgewerkt. • Vloeren en wanden zijn niet beschadigd. • Vloeren en wanden zijn goed reinigbaar. • Vloeren en wanden zijn niet doordringbaar voor vocht. • Er is een schoon-maakschema met bijbehorende aftekenlijstaanwezig	Door observatie	
27. Worden de vaatdoekjes, sponsjes, theedoeken e.d. dagelijks verschoond? (ook visueel beoordelen)	☐ ja ☐ nee	▪ Vaatdoekjes, sponsjes, theedoeken dagelijks schoon (wassen op 60 °C.) ▪ Gedurende de dag doekjes uithangen en borstels ophangen ▪ Natte vaatdoeken en theedoeken worden niet hergebruikt.	Door observatie	
28. Is de keuken voorzien van een handenwasgelegenheid met vloeibare zeep en eenmalige handdoekjes?	☐ ja ☐ nee	▪ Plaats in of in de onmiddellijke nabijheid van de keuken een voorziening om de handen te wassen. Voorzie deze handwas gelegenheid van een zeepdispenser een handdoekjes voor eenmalig gebruik.	Door observatie	
29. Is in de keuken een afsluitbare afvalbak (met voetbediening) voorzien van een plastic zak?	☐ ja ☐ nee	▪ Plaats een afvalemmer met deksel (en voet-bediening), voorzien van een plastic zak in de keuken.	Door observatie	
30. Zijn gevaarlijke stoffen of giftige materialen (zoals bepaalde schoonmaakmiddelen) gescheiden van voedingsmiddelen en afgesloten opgeborgen?	☐ ja ☐ nee	▪ Bewaar gevaarlijke stoffen of giftige materialen (zoals bepaalde schoonmaak-middelen) gescheiden van voedingsmiddelen. ▪ Bewaar gevaarlijkste stoffen afgelsoten	Door observatie	

Beoordelingskader

Onderwerp	**Voldoet**	**Voldoet niet**	**Niet beoordeeld**
Hygiënemaatregelen keuken 9 items	Alle scores Ja	Alle scores nee	

hygiënemaatregelen: verblijfsruimtes	**oordeel**	**Landelijke standaard**	**Hoe onder-zoek je dit?**	**Opmerkingen**
31. Zijn de vloeren en wanden van de verblijfsruimten (kamers en groepsruimten) goed reinigbaar? visueel beoordelen	☐ ja ☐ nee	• Vloeren en wanden zijn glad afgewerkt. • Voeren en wanden zijn onbeschadigd. • Vloeren en wanden zijn goed reinigbaar. • Vloeren en wanden zijn ondoordringbaar voor vocht.	Door observatie	
32. Zijn de materialen zoals gordijnen zijn wasbaar en schoon. Banken, stoelen, tapijten e.d. afwasbaar en schoon? visueel beoordelen	☐ ja ☐ nee	▪ Materialen zoals gordijnen, banken e.d. wasbaar zijn. • Reinig tapijten, stoffering, gordijnen e.d. regelmatig (zichtbaar schoon) • Er is een schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig	Door observatie	
33. Worden de ventilatieroosters en/of mechanische ventilatie In iedere verblijfsruimten (kamers en groepsruimten) gereinigd? visueel beoordelen	☐ ja ☐ nee	▪ Er is periodiek onderhoud van mechanische ventilatie en voor reiniging van ventilatieroosters. ▪ Er is een schoon-maakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig	▪ Door observatie ▪ Steekproef bij ten minste 3 verblijfsruimten	
34. Is er een schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig voor de groepsruimtes?	☐ ja ☐ nee	• Er is een schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig		

Beoordelingskader

Onderwerp	**Voldoet**	**Voldoet niet**	**Nietbeoordeeld**
Hygiënemaatregelen: verblijfsruimtes 4 items	Alle scores Ja	Alle scores Nee	

Hygiënemaatregelen sanitaire voorzieningen	**oordeel**	**Landelijke standaard**	**Hoe onder-zoek je dit?**	**Opmerkingen**
35. Zijn de vloeren en wanden van toiletten goed reinigbaar?	☐ ja ☐ nee	• Vloeren en wanden zijn glad afgewerkt. • Voeren en wanden zijn onbeschadigd. • Vloeren en wanden zijn goed reinigbaar. • Vloeren en wanden zijn ondoor-dringbaar voor vocht. • Er is een schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig	Door observatie	Afwijkingen beschrijven
36. Is er voldoende toiletpapier aanwezig op de toiletten?	☐ ja ☐ nee	▪ Zorg voor voldoende toiletpapier.	Door observatie	Afwijkingen beschrijven
37. Zijn de vloeren en wanden van douches goed reinigbaar?	☐ ja ☐ nee	• Vloeren en wanden zijn glad afgewerkt. • Voeren en wanden zijn onbeschadigd. • Vloeren en wanden zijn goed reinigbaar. • Vloeren en wanden zijn ondoordringbaar voor vocht. • Er is een schoon-maakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig	Door observatie	Afwijkingen beschrijven

Hygiënemaatregelen sanitaire voorzieningen	oordeel	Landelijke standaard	Hoe onder-zoek je dit?	Opmerkingen
38. Is er bij elke sanitaire voorziening een handenwasgelegenheden + vloeibare zeep en eenmalige handdoekjes aanwezig en of handalcohol?	☐ ja ☐ nee	▪ Wasgelegenheid met koud stromend water, vloeibare zeep en eenmalige handdoekjes afvalbak zonder handbediening, ▪ en/of handalcohol	Ten minste in 2 sanitaire ruimten kijken	
39. Is er een schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig voor de sanitaire ruimtes?	☐ ja ☐ nee	▪ Er is een schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig		

Beoordelingskader

Onderwerp	Voldoet	Voldoet niet	Niet beoordeeld
Schoonmaak sanitaire voorzieningen (toilet/douche) 5 items	Alle scores Ja	Alle scores Nee	

Hygiënemaatregelen werkruimte/werkkast	oordeel	Landelijke standaard	Hoe onderzoek je dit?	Opmerkingen
40. Is er een schoonmaakwerkruimte/werkkast aanwezig op elke afdeling/etage en is deze goed onderhouden?	☐ ja ☐ nee	▪ Aparte ruimte beschikbaar voor schoonmaak-materialen ▪ Ruimte kan afgesloten worden ● Ventilatie aanwezig ● Er is een schoon-maakschema met bijgbehorende aftekenlijst aanwezig	Door observatie	Afwijkingen beschrijven
41. Is er een uitstortgootsteen in de schoonmaakruimte? visueel beoordelen	☐ ja ☐ nee	▪ Voorzie de ruimte van een uitstort-gootsteen. Hier kan het vuile water worden verwijderd en kunnen materialen worden gereinigd.	Door observatie	Afwijkingen beschrijven
42. Worden de schoonmaakmaterialen zoals, moppen, trekkers en bezems opgehangen? visueel beoordelen	☐ ja ☐ nee	▪ Voorzie de ruimte waar schoonmaak-materialen worden bewaard van een ophangsysteem.	Door observatie	Afwijkingen beschrijven

Hygiënemaatregelen werkruimte/werkkast	**oordeel**	**Landelijke standaard**	**Hoe onderzoek je dit?**	**Opmerkingen**
43. Worden de moppen, schoonmaakdoekjes, sponsjes, borstels, dweilen e.d. dagelijks verschoond? visueel beoordelen	☐ ja ☐ nee	▪ Moppen, schoon-maakdoekjes, sponsjes, borstels, dweilen dagelijks schoon (wassen op 60 °C). ▪ Na drogen worden moppen, schoon-maakdoekjes, sponsjes en dweilen niet hergebruikt.	Door observatie	
44. Is er een schoonmaak-schema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig voor de werkruimte / werkkast?	☐ ja ☐ nee	▪ Er is een schoon-maakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig		

Beoordelingskader

Onderwerp	**Voldoet**	**Voldoet niet**	**Niet beoordeeld**
Hygiëne maatregelen: werkruimte/werkkast 5 items	Alle scores Ja	Alle scores Nee	

Wasgoed en afvalverwerking	**oordeel**	**Landelijke standaard**	**Hoe onder-zoek je dit?**	**Opmerkingen**
45. Wordt de vuile was dagelijks in gesloten zakken verzameld?	☐ ja ☐ nee	▪ Verzamel dagelijks de vuile was in een gesloten zak.	Door observatie	
46. Vindt er een scheiding plaats tussen schone en vuile was?	☐ ja ☐ nee	▪ Het schone en vuile wasgoed is gescheiden van elkaar. ▪ Vuile was ligt niet op de grond, in wasbak of op stoelen gelegd ▪ Vuile waskar is op reikafstand	Door observatie	
47. Is de opslag schone was volgens de richtlijnen?	☐ ja ☐ nee	▪ De schone was is In een schone kast of een gesealde rolcontainer ▪ Opslag is stofvrij en dient beschermd te zijn tegen vocht en vuil	Door observatie	

Wasgoed en afvalverwerking	**oordeel**	**Landelijke standaard**	**Hoe onder-zoek je dit?**	**Opmerkingen**
48. Wordt het afval dagelijks van de afdeling gehaald?	☐ ja ☐ nee	▪ Het afval wordt verzameld in plastic zakken. ▪ Dagelijks worden de zakken vervangen en dichtgebonden getransporteerd naar de rolcontainer. ▪ De rolcontainer staat niet in een ruimte waar schone materialen worden opgeslagen. ▪ Geen overvolle afvalbakken	Door observatie	

Beoordelingskader

Onderwerp	**Voldoet**	**Voldoet niet**	**Niet beoordeeld**
Wasgoed en afvalverwerking 5 items	Alle scores Ja	Alle scores Nee	

Overige onderwerpen	Is er een Infectiecommissie? Wordt er een risico inventarisatie op MRSA bij alle cliënten uitgevoerd? Is er een antibioticabeleid met formularium? Is er een contract met een deskundige infectiepreventie? Zijn er in de instelling HKM-ers of aandachtsvelders hygiëne aangesteld?

Bijlage 3 Handhavingscenario's

Handhavingscenario's
Er zijn drie handhavingscenario's, variërend van een lichte variant (resultaatsverslag opvragen) tot de zwaarste variant (hertoetsbezoek aankondigen in combinatie met audits van de overige instellingen van dezelfde houder en een verbredingbezoek aan een andere instelling van dezelfde houder).

Handhavingscenario 1: opvragen van resultaatsverslag
Dit is de lichtste variant. Verwacht wordt dat een hertoetsbezoek niet nodig zal zijn. Na beoordeling van het toegezonden resultaatsverslag binnen de daarvoor geldende termijnen (drie maanden na het inspectiebezoek) vindt een van de volgende vervolgacties plaats:
- Aan alle normen is voldaan en het inspectietraject wordt afgesloten.
- Er zijn sommige normen waaraan nog niet is voldaan, maar de implementatie is ver gevorderd en het besef van urgentie bij de zorgaanbieder is groot.

Eisen aan resultaatsverslag
Om van papier te kunnen beoordelen of de normen worden nageleefd, worden de volgende eisen aan het resultaatsverslag gesteld:
- De zorgaanbieder beschrijft niet alleen de aanpak waarmee de onvoldoende scorende normen worden verbeterd, maar ook de wijze waarop wordt gemeten/beoordeeld of het gewenste resultaat is bereikt.
- De zorgaanbieder beschrijft aan welke van de normen bij de bezochte locatie/ het bezochte team is nog niet voldaan, waarom niet en wat er wordt gedaan om wel aan de normen te voldoen.

Handhavingscenario 2: aankondigen van onaangekondigd hertoetsbezoek in combinatie met een verbredingbezoek
Dit scenario wordt ingezet als het gaat om een groter aantal normen dat wordt overtreden en/of om normen die moeilijk te toetsen zijn vanaf papier. Een resultaatsverslag wordt binnen de daarvoor geldende termijnen opgevraagd ter voorbereiding van dit bezoek.
Het hertoetsbezoek vindt plaats op dezelfde locatie team waar het niet naleven van de normen is geconstateerd. Alleen de normen die niet worden nageleefd worden getoetst. Het verbredingbezoek vindt plaats in een andere instelling van dezelfde houder en hier wordt een volledige inspectie uitgevoerd.

Handhavingscenario 3: aankondigen van onaangekondigd hertoetsbezoek in combinatie met een inspectiebezoek aan een andere instelling van dezelfde houder en het opvragen van hygiëne audits bij alle andere instellingen van dezelfde houder vanaf ZZP 4 of hoger.
Dit is de zwaarste variant die wordt ingezet bij een groot aantal normen die niet worden nageleefd. Dit scenario bevat dezelfde activiteiten als handhavingscenario 2 met daarbij het opvragen van hygiëne audits bij alle andere instellingen van dezelfde houder vanaf ZZP 4 of hoger.
Wanneer de zorg dusdanig onvoldoende van kwaliteit is dat sprake is van risico's op gezondheidsschade voor de patiënt, gaat inspectie over tot verscherpt toezicht.